

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX.

I

ÉTUDE CRITIQUE SUR LE TRAITEMENT DES  
RÉTRÉCISSEMENTS CANCÉREUX DE L'ESOPHAGE

Par A.-F. PLICQUE, interne à l'hôpital Lariboisière.

La gêne de la déglutition constitue dans le cancer de l'œsophage un symptôme affreusement pénible et des plus difficiles à combattre. La dilatation par le cathétérisme et la gastrostomie ne donnent que des résultats peu satisfaisants, le cathétérisme à demeure, moins employé, est cependant préférable. Ce dernier procédé a été tout récemment, de la part de M. Symond (1) et de M. Renvers (2), l'objet de modifications si importantes qu'elles constituent presque un procédé nouveau. C'est donc en réalité quatre méthodes de traitement que nous devons, dans cette étude, passer en revue.

I

Dans la séance de la Société de chirurgie du 14 mai 1883, M. Berger résumait en trois mots tous les inconvénients de la dilatation par le cathétérisme, procédé « inefficace, précaire et dangereux ». Les résultats que ce procédé donne ne sont en effet nullement durables; au moment où l'on est parvenu à passer des sondes assez volumineuses survient souvent un spasme ou une inflammation qui empêche toute nouvelle introduction d'instrument et annihile les progrès péniblement acquis. Parfois même chez un malade qui avait encore les liquides, survient, à la suite d'une tentative de dilatation, une impossibilité de la déglutition absolue. Quant

(1) *British medical Journal*, 23 avril 1887.

(2) *Zeitschrift für klinische Medizin*, vol. XIII, p. 499, 1888.

entrer en ligne de compte dans une opération purement palliative, que cette alimentation artificielle est particulièrement décourageante. Le malade préférera toujours les tentatives faites pour assurer l'alimentation par les voies naturelles.

On a pourtant attribué à la gastrostomie précoce un avantage qu'il faut discuter. La suppression du passage des aliments dans l'œsophage ralentirait la marche du cancer en enlevant une des causes d'irritation. La gastrostomie aurait ainsi une action palliative analogue à celle de l'anus contre nature dans le cancer du rectum. Cet avantage est purement théorique; il est excessif de comparer l'irritation produite par le contact transitoire de liquides ou d'aliments demi-solides avec le contact permanent et septique des matières fécales. — Enfin, les quelques jours de survie qui pourraient être ainsi gagnés sont peu de chose en comparaison de l'abréviation apportée dans bien d'autres cas à l'existence des malades. Sur les 145 observations de gastrostomies réunies par Lagrange, la durée moyenne de la survie n'a été que de 19 jours. On peut donc conclure avec cet auteur que la gastrostomie est inutile si elle est précoce et trop dangereuse si elle est tardive.

### III

L'emploi des sondes à demeure, bien qu'ayant donné quelques beaux succès, ne s'est jamais beaucoup répandu. Boyer, dans son *Traité des maladies chirurgicales*, t. VII, p. 174, étudie ce moyen signalé déjà par Desault et rapporte une observation remarquable à plus d'un titre. L'aphagie absolue était survenue à la suite du cathétérisme. Le septième jour du jeûne complet, Boyer n'hésita pas à introduire, malgré une forte résistance, une sonde d'argent à travers l'obstacle. La voie faite, cette sonde fut remplacée par une sonde en gomme portée sur un mandrin. L'extrémité libre fut, après l'introduction, ramenée par le nez. Boyer remarqua que dès le dixième jour, la sonde, serrée d'abord, jouait librement dans l'œsophage. Il put l'enlever et la remplacer par une plus grosse. Celle-ci resta en place cinq mois jusqu'à la mort

de la malade qui, malgré la grande quantité de nourriture prise par la sonde, succomba par affaiblissement. Ce dernier détail, bien que l'autopsie n'ait pas été faite, ne permet guère de douter sur la nature maligne du rétrécissement œsophagien.

Krishaber, dans la *Gazette des hôpitaux* de 1881, p. 290, 1<sup>o</sup> (*Œuvres chirurgicales*, vol. I, p. 11, rapporte une observation où le séjour de la sonde fut encore plus prolongé. La tumeur maligne occupait l'entrée de l'œsophage, du larynx et le cathétérisme offrait de grands dangers. La sonde, une fois introduite, resta en place 305 jours, jusqu'à la mort de la malade. Elle fut parfaitement tolérée et ne déterminait qu'un peu de coryza les premiers jours. Elle n'était, après ce long séjour, pas altérée, pas même dans sa portion stomacale.

Malgré des résultats aussi remarquables, les observations de cathétérisme à demeure dans le cancer de l'œsophage, sont restées rares. En France en particulier, personne, croyons-nous, n'avait employé ce moyen depuis Krishaber, quand M. Kirmisson, dans une remarquable communication, faite le 3 juillet dernier à l'Académie de médecine, venait rapporter deux faits nouveaux. La sonde à demeure était restée en place sans inconvénient, permettant l'alimentation et rétablissant l'embonpoint pendant trois mois et pendant cinquante-cinq jours. M. Kirmisson, dans sa communication, compare le procédé de la sonde longue à celui des tubes courts, préconisés par Symond. Nous retrouverons tout à l'heure, à propos des nouvelles canules employées par Renvers, cette intéressante discussion.

#### IV

Deux grandes objections peuvent être faites à l'emploi des sondes longues. Leur séjour, par suite de la flexion de la sonde au niveau du cartilage cricoïde, détermine parfois en ce point des ulcérations. Mais surtout elles ne permettent pas au malade d'avaler directement, c'est une alimentation artificielle assez ennuyeuse et assez décourageante.

La première tentative faite pour supprimer ces inconvé-

nients. en employant une courte sonde n'occupant qu'une portion de l'œsophage, est due à Morell Mackenzie. Puis Symond, répétant ces tentatives chez quatre malades, introduisait des bouts de sonde de diamètre variable (n° 10, 13 et 16) d'une longueur de 17 centimètres. Renvers, enfin, après quelques essais avec des sondes analogues, leur reprochait de se ramollir et de s'oblitérer facilement sous l'influence de la chaleur du corps et de la pression du rétrécissement. Il employait en dernier lieu de véritables canules de corne ou de caoutchouc durci, en forme de tronc de cône n'ayant que 5 centimètres de haut, larges à leur partie évasée de 12 à 14 millimètres, à leur partie rétrécie de 6 à 9 millimètres. Ces canules sont légèrement aplaties d'avant en arrière pour passer plus facilement au niveau du cartilage cricoïde. On les fait facilement glisser sur une bougie conductrice au moyen d'un propulseur analogue à celui des divers dilateurs de l'œsophage.

Le point faible de la méthode est le mode de fixation de ces canules. Comme Symond, Renvers emploie deux fils de soie attachés à la canule et passant par la bouche. Il les ramène par le nez quand ils provoquent de la gêne et une salivation trop grande. Symond, chez une de ses malades, avait déjà observé la rupture des fils dans une tentative d'extraction de son tube. Il poussa le tube dans l'estomac, sa présence y détermina peu d'accidents et à l'autopsie, deux mois après, il fut retrouvé dans le duodénum. Renvers, dans un cas analogue après des tentatives inutiles d'extraction par les voies naturelles, attendit. La canule, au moment où il publie son mémoire, est depuis sept mois en place. Sauf quelques oblitérations passagères dont on a facilement triomphé par le cathétérisme avec une sonde très fine, son fonctionnement s'est montré parfait et la malade a, dans ces 7 mois, gagné en poids, dix kilogrammes. Malgré ces deux faits heureux, la rupture possible des fils n'en reste pas moins la grosse objection, et M. Kirmisson, dans son travail, insiste avec raison sur ce point. Renvers a cherché à inventer deux appareils d'extraction jusqu'ici sans résultats bien satisfaisants. Cette invention, si elle se réalise, en permettant de



supprimer les fils, source de gêne pour les malades, en assurant l'extraction de la canule beaucoup mieux que les fils, constituerait un progrès des plus importants.

Signalons de suite ici quelques améliorations heureuses indiquées par Renvers et dont plusieurs trouveraient leur emploi mieux dans le procédé de la sonde longue. Il insensibilise, pour l'introduction, le pharynx à la cocaïne. Quand il existe au-dessus du rétrécissement une dilatation œsophagienne, il en pratique préalablement le lavage avec le tube siphon, mesure d'antisepsie à laquelle il doit peut-être de n'avoir jamais observé d'accès de fièvre après l'introduction de la canule, accident noté deux fois par Symond. Relativement au régime, il montre comment les aliments utilisables, bouillon, lait, œufs, s'ils donnent pour les matières albuminoïdes des ressources suffisantes, sont pauvres comme matières hydrocarbonées. Les graisses seraient ordinairement mal digérées par l'estomac affaibli, mais l'adjonction de sucre constitue un adjuvant précieux.

Jusqu'ici, bien que ce tubage de l'œsophage ait été pratiqué plus de trente fois en tout chez les neuf malades observés par Symond et Renvers, il n'a déterminé en tant qu'opération aucun accident. Le séjour du tube, surtout s'il occupe le tiers inférieur de l'œsophage détermine parfois le premier jour une sensation de gêne assez intense pour qu'il soit nécessaire de faire une injection de morphine. Symond, nous l'avons vu a, dans deux cas, observé des accès de fièvre. — Renvers, dans un autre cas, a vu un peu d'œsophagite qui céda facilement à la succion de fragments de glace. Tous ces incidents ont été sans gravité.

L'introduction de la canule dans le rétrécissement, une fois la tige conductrice passée, a toujours été facile. Mais il n'en est pas toujours ainsi de l'introduction même de la tige conductrice. Dans un fait d'aphagie absolue, Renvers n'y parvient qu'après trois jours de tentatives répétées. Il est utile dans ces rétrécissements, de laisser quelque temps la bougie en place, afin qu'une première dilatation se produise avant la propulsion de la canule. La limite de ce délai sera d'ailleurs dans l'état du malade, si parfois on peut suffisamment le sou-

tenir par des lavements alimentaires. Il est d'autres cas où il faudra passer beaucoup plus vite les aliments par l'œsophage.

L'oblitération de la canule est rare avec le tube de Renvers ; il suffit, pour l'éviter, avec les plus petites canules, d'employer une alimentation purement liquide et de n'avoir recours aux bouillies demi-liquides que pour les tubes ayant plus de 9 millimètres de diamètre. Si l'oblitération se produit, on emploiera le cathétérisme avec une sonde fine ou mieux le changement de canule. On n'est pas en effet toujours sûr que l'oblitération soit due à l'accumulation des aliments. Chez un malade de Renvers, elle était en réalité due aux progrès du cancer qui avait dépassé les limites du tube, très court en vérité et n'ayant que 4 centimètres. Chez ce malade, Renvers dut revenir au tube de Symond.

Si nous essayons maintenant de comparer les canules courtes à la sonde longue à demeure, au point de vue de leurs avantages et de leurs inconvénients respectifs, nous arrivons aux résultats suivants :

Comme agent de dilatation, Renvers regarde sa canule comme plus puissante que la sonde à demeure. A l'action de présence qui ramollit et rend plus souple le rétrécissement s'ajouterait, par suite de la forme conique, une véritable action de coin, la canule étant poussée dans le rétrécissement à chaque mouvement de déglutition. De fait, il a ordinairement suffi de peu de jours pour que la déglutition fût rétablie d'une façon satisfaisante, pour que même elle permit parfois, après l'ablation de la canule, une alimentation solide. Ce résultat favorable, comme c'est malheureusement la règle, n'a été que transitoire, mais c'est déjà un succès de l'avoir obtenu.

Comme moyen d'alimentation, si le malade est encore condamné à un régime assez monotone d'aliments liquides et demi-liquides, il a cette précieuse ressource de les avaler directement ; sa situation est plus encourageante qu'avec l'alimentation artificielle. Un point remarquable noté par Renvers est l'avidité et la joie avec lesquelles le malade, sitôt la canule mise, satisfait sa soif. Malgré les grandes

quantités de liquides ingérées, il est à noter que la quantité d'urine n'augmente qu'au bout de quelques jours. Les premiers liquides semblent entièrement absorbés par les tissus. L'augmentation de poids est d'ailleurs, au début, considérable. Chez un malade de Renvers, elle atteignit six kilogrammes en quatorze jours.

Enfin les malades porteurs de la canule ont pu quitter l'hôpital; ils peuvent plus facilement aller et venir qu'avec une sonde à demeure et encore à cet égard leur situation est préférable.

Les infériorités de la canule sont bien mises en lumière par M. Kirrison. Tout d'abord, elle permet entre elle et les parois de l'œsophage l'introduction de parcelles d'aliments qui irritent les parois du rétrécissement. Renvers, il est vrai, pense qu'en détournant la majeure partie des aliments, elle amènera, malgré tout, un ralentissement de la marche du cancer. Cet avantage, s'il existe, serait toujours plus marqué avec la sonde à demeure.

Il est au moins une circonstance bien mise en lumière par trois des observations de Symond et Renvers où, au point de vue de l'isolement des parois, la sonde longue est absolument supérieure. Chez ces trois malades existaient des perforations broncho-œsophagiennes, perforations d'ailleurs toutes indépendantes du traitement. Avec les sondes courtes se produisaient au moment de la déglutition de violentes quintes de toux qui forcèrent à recourir à l'emploi des sondes longues. Les quintes avec celles-ci s'atténuèrent beaucoup.

Les premières canules de Symond qui n'étaient pas mises en place sur une bougie conductrice présentaient une autre infériorité que M. Kirrison signale. Cette infériorité a disparu dans le modèle de Renvers.

Mais la plus grosse objection à l'emploi des canules reste le peu de sécurité des fils de soie extracteurs. M. Kirrison montre l'inconvénient réel du refoulement dans l'estomac. Reste il est vrai l'observation si favorable de Renvers où la canule est abandonnée depuis sept mois avec les résultats

les plus favorables. Mais cette heureuse chance se retrouverait-elle dans toutes les observations ?

En résumé, la question de la supériorité de la sonde à demeure ou de la sonde courte est encore à l'étude. Mais leur supériorité sur les autres moyens, cathétérisme ou gastrostomie, n'est plus en question, que ce soit d'ailleurs dans le cathétérisme à demeure le procédé primitif ou le procédé modifié qui triomphe.

L'initiative première de la méthode revient, ainsi que Renvers le rappelle très justement dans son mémoire, à deux Français, Desault et Boyer.

---

## II

### TOUX SPASMODIQUE COQUELUCHOÏDE. GUÉRISON PAR UNE PULVÉRISATION DE CHLORURE DE MÉTHYLE,

Par le Dr **J. GAREL**, médecin des hôpitaux de Lyon.

Le 26 avril 1888, je suis appelé à donner mes soins à une fillette de 13 ans et demi, qui, depuis deux mois, est affectée d'une toux choréique presque continue. Cette enfant est d'aspect chétif, elle n'est pas encore menstruée. Elle n'a jamais fait aucune maladie importante, mais elle est d'un tempérament très nerveux. Son père, qui exerçait la médecine, est mort, à 64 ans, d'une attaque. A l'âge de 40 ans, il avait été atteint d'une maladie du larynx qui dura deux ans. Il m'a été impossible de connaître la nature de cette affection laryngée; mais elle détermina, paraît-il, une aphonie qui persista jusqu'à la fin de sa vie.

L'enfant se plaint de soif fréquente, elle urine assez souvent, mais l'analyse des urines indique l'absence complète de glycose. A chaque instant, la malade est prise de toux spasmodique très pénible, bruyante, entrecoupée fréquemment de reprise inspiratoire en tout semblable à la reprise de la coqueluche. La voie est très enrouée, et l'examen laryngoscopique révèle une teinte rosée des cordes vocales; la

corde vocale droite est un peu plus étroite que la gauche. Les fonctions glottiques, néanmoins, paraissent normales, soit dans la respiration, soit dans la phonation.

Lorsque je vis la malade pour la première fois, elle a déjà suivi divers traitements sans le moindre résultat. C'est surtout la médication antispasmodique qui a été mise en jeu. Comme, dans un cas de chorée du larynx publié antérieurement, j'avais obtenu une guérison instantanée par le badigeonnage du larynx à l'aide d'une solution de chlorhydrate de cocaïne au dixième, je m'empresse de répéter sur cette malade la même médication. Je n'aboutis malheureusement qu'à provoquer de nouveau les spasmes avec une grande intensité. Il me fallut donc trouver un autre moyen.

L'année dernière, étant chargé d'un service d'enfants à la Charité, j'avais traité, avec beaucoup de succès, des cas de chorée généralisée, d'après la méthode de Lubelski, par les pulvérisations de chlorure de méthyle. Bien qu'il soit difficile de confondre dans le même cadre nosologique la danse de Saint-Guy et l'affection que l'on est convenu d'appeler chorée du larynx, j'ai voulu tenter, sur cette dernière, la même médication.

Le 27 avril, je fais donc une forte pulvérisation de chlorure de méthyle en dirigeant le jet sur la nuque et la partie supérieure du dos, ainsi que sur la partie antérieure du cou. Pendant la pulvérisation, un aide frictionne énergiquement les parties touchées par le chlorure de méthyle, pour éviter une action trop profonde sur les tissus. Le soir même de la pulvérisation, on constate une légère amélioration.

Le lendemain, la malade a encore quelques accès prolongés, mais beaucoup moins fréquents.

Le 30 avril, la matinée est calme, les accès sont très légers ; on ne signale qu'un seul accès important au réveil.

Je revois la malade le 7 mai ; les symptômes sont à peu près nuls : six jours plus tard, l'enfant était définitivement guérie. La guérison s'est, d'ailleurs, maintenue depuis cette époque.

Le succès complet de cette médication, dans ce cas, est important à noter, car il est toujours bon d'avoir un remède

de plus à appliquer lorsque toutes les médications préconisées antérieurement ont échoué. Dans ce cas, en effet, la cocaïne n'avait pas donné le moindre résultat. Je croyais cependant pouvoir compter sur elle, en me basant sur les faits signalés par le professeur Massei et sur ma propre expérience.

L'idée de publier ce fait m'a été suggérée par une note récente de M. Huchard à la Société de thérapeutique, sur l'utilité des pulvérisations de chlorure de méthyle dans les névroses bulbo-médullaires. Pas plus que lui, je ne veux tirer d'un seul fait une conclusion absolue, car on peut invoquer tout autre mécanisme de guérison; mais j'admets qu'il est bon de tenter cette médication dans les diverses névroses bulbaires. Je crois aussi, comme M. Dujardin-Beaumetz, que la pulvérisation peut avantageusement être remplacée par la méthode de stypage de Bailly, qui présente les mêmes avantages que la pulvérisation, tout en étant moins pénible et moins redoutée des malades.

---

#### BIBLIOGRAPHIE.

---

**Des déformations de la cloison du nez et de leurs traitements chirurgicaux**, par I. ROSENTHAL (Jouve 1888). (*Thèse inaugurale* avec 8 figures hors texte.)

Après un court exposé anatomique, dans lequel nous remarquons surtout la mention de l'organe de Jacobson, étudié par Kölliker et Lœve, et qui, muni d'épithélium olfactif sert à l'odorat, l'auteur entre dans quelques considérations physiologiques où il rappelle les expériences d'Aschenbrandt et les travaux de Ziem.

L'historique de l'étude des déviations de la cloison du nez remonte guère au delà de Quelmolz et de Haller: Dupuytren, Cloquet, Nélaton, Diffenbach, Velpeau, s'occupèrent de la question. Dans ces dernières années, ce sujet a été l'objet d'un nombre considérable de travaux, que I. Rosenthal a consciencieusement compulsés, pour en tirer les éléments d'une monographie vraiment complète, et digne, à tous les points de vue,

d'être consultée. C'est surtout depuis la vulgarisation de la rhinoscopie (Duplay, Thudichum, Wertheim) que l'histoire des déviations de la cloison du nez entre dans une phase pratique. Nous ne citerons que les noms de Zukerkandl, de Berger, de Baumgarten, de Lublinski, de Bosworth, etc.

Les déformations peuvent siéger dans les  $\frac{3}{4}$  antérieurs de la cloison; mais elles sont plus rares sur le  $\frac{1}{4}$  postérieur. La lame quadrangulaire semble le siège le plus fréquent des déformations.

Les éperons ou saillies osseuses sont d'une grande fréquence surtout à gauche. Ils se développent d'ordinaire au dépens du vomer et siègent de préférence au-dessous de la ligne de jonction du vomer avec la lame perpendiculaire de l'ethmoïde.

Il existe alors du côté opposé de la cloison une dépression infundibuliforme, formé en haut par la lame perpendiculaire déviée de la ligne médiane, en bas par le vomer lui-même dévié. L'éperon siègeant toujours dans les  $\frac{3}{4}$  antérieurs de la cloison se rencontre surtout vers la partie médiane. Sa forme est celle d'un cône peu élevé aplati latéralement, Il existe souvent alors une voussure exagérée du palatin, une disposition irrégulière des dents, et une hypertrophie du cornet moyen du côté de la saillie.

Les éperons volumineux sont la cause de sténose, de troubles réflexes divers.

A ce propos, nous remarquons que l'histoire récente des réflexes d'origine nasale, que la nomenclature plus ancienne des troubles plus immédiats attribués aux obstructions des fosses nasales, est certainement destinée à une large revision. A entendre quelques spécialistes, c'est là que serait l'origine d'une multitude d'affections, aussi disparates que nombreuses. On le conçoit a priori, ces phénomènes morbides ne relèvent en aucune façon, d'une manière directe, de telle ou telle lésion (hypertrophie du cornet moyen, polypes, tumeurs adénoïdes, déviation de la cloison, hypertrophie amygdalienne, etc., etc.), mais elles font partie intégrante de la symptomatologie générale des premiers segments des voies respiratoires (nez, rétropharynx, amygdale, base de la langue). Aussi, est-il souverainement injuste de vouloir, à propos de chacune de leurs maladies, retracer à nouveau, la liste, trop longue, de ces troubles dits réflexes ou simplement mécaniques. M. I. Rosenthal n'est pas tombé dans cette exagération et nous croyons qu'il a bien fait de se borner à un simple résumé dans le chapitre consacré à cette question.

les plus favorables. Mais cette heureuse chance se retrouverait-elle dans toutes les observations ?

En résumé, la question de la supériorité de la sonde à demeure ou de la sonde courte est encore à l'étude. Mais leur supériorité sur les autres moyens, cathétérisme ou gastrostomie, n'est plus en question, que ce soit d'ailleurs dans le cathétérisme à demeure le procédé primitif ou le procédé modifié qui triomphe.

L'initiative première de la méthode revient, ainsi que Renvers le rappelle très justement dans son mémoire, à deux Français, Desault et Boyer.

---

## II

### TOUX SPASMODIQUE COQUELUCHOÏDE. GUÉRISON PAR UNE PULVÉRISATION DE CHLORURE DE MÉTHYLE,

Par le Dr **J. GAREL**, médecin des hôpitaux de Lyon.

Le 26 avril 1888, je suis appelé à donner mes soins à une fillette de 13 ans et demi, qui, depuis deux mois, est affectée d'une toux choréique presque continue. Cette enfant est d'aspect chétif, elle n'est pas encore menstruée. Elle n'a jamais fait aucune maladie importante, mais elle est d'un tempérament très nerveux. Son père, qui exerçait la médecine, est mort, à 64 ans, d'une attaque. A l'âge de 40 ans, il avait été atteint d'une maladie du larynx qui dura deux ans. Il m'a été impossible de connaître la nature de cette affection laryngée; mais elle détermina, paraît-il, une aphonie qui persista jusqu'à la fin de sa vie.

L'enfant se plaint de soif fréquente, elle urine assez souvent, mais l'analyse des urines indique l'absence complète de glycose. A chaque instant, la malade est prise de toux spasmodique très pénible, bruyante, entrecoupée fréquemment de reprise inspiratoire en tout semblable à la reprise de la coqueluche. La voie est très enrouée, et l'examen laryngoscopique révèle une teinte rosée des cordes vocales; la



corde vocale droite est un peu plus étroite que la gauche. Les fonctions glottiques, néanmoins, paraissent normales, soit dans la respiration, soit dans la phonation.

Lorsque je vis la malade pour la première fois, elle a déjà suivi divers traitements sans le moindre résultat. C'est surtout la médication antispasmodique qui a été mise en jeu. Comme, dans un cas de chorée du larynx publié antérieurement, j'avais obtenu une guérison instantanée par le badigeonnage du larynx à l'aide d'une solution de chlorhydrate de cocaïne au dixième, je m'empresse de répéter sur cette malade la même médication. Je n'aboutis malheureusement qu'à provoquer de nouveau les spasmes avec une grande intensité. Il me fallut donc trouver un autre moyen.

L'année dernière, étant chargé d'un service d'enfants à la Charité, j'avais traité, avec beaucoup de succès, des cas de chorée généralisée, d'après la méthode de Lubelski, par les pulvérisations de chlorure de méthyle. Bien qu'il soit difficile de confondre dans le même cadre nosologique la danse de Saint-Guy et l'affection que l'on est convenu d'appeler chorée du larynx, j'ai voulu tenter, sur cette dernière, la même médication.

Le 27 avril, je fais donc une forte pulvérisation de chlorure de méthyle en dirigeant le jet sur la nuque et la partie supérieure du dos, ainsi que sur la partie antérieure du cou. Pendant la pulvérisation, un aide frictionne énergiquement les parties touchées par le chlorure de méthyle, pour éviter une action trop profonde sur les tissus. Le soir même de la pulvérisation, on constate une légère amélioration.

Le lendemain, la malade a encore quelques accès prolongés, mais beaucoup moins fréquents.

Le 30 avril, la matinée est calme, les accès sont très légers; on ne signale qu'un seul accès important au réveil.

Je revois la malade le 7 mai; les symptômes sont à peu près nuls: six jours plus tard, l'enfant était définitivement guérie. La guérison s'est, d'ailleurs, maintenue depuis cette époque.

Le succès complet de cette médication, dans ce cas, est important à noter, car il est toujours bon d'avoir un remède

de plus à appliquer lorsque toutes les médications préconisées antérieurement ont échoué. Dans ce cas, en effet, la cocaïne n'avait pas donné le moindre résultat. Je croyais cependant pouvoir compter sur elle, en me basant sur les faits signalés par le professeur Massei et sur ma propre expérience.

L'idée de publier ce fait m'a été suggérée par une note récente de M. Huchard à la Société de thérapeutique, sur l'utilité des pulvérisations de chlorure de méthyle dans les névroses bulbo-médullaires. Pas plus que lui, je ne veux tirer d'un seul fait une conclusion absolue, car on peut invoquer tout autre mécanisme de guérison; mais j'admets qu'il est bon de tenter cette médication dans les diverses névroses bulbaires. Je crois aussi, comme M. Dujardin-Beaumetz, que la pulvérisation peut avantageusement être remplacée par la méthode de stypage de Bailly, qui présente les mêmes avantages que la pulvérisation, tout en étant moins pénible et moins redoutée des malades.

---

#### BIBLIOGRAPHIE.

---

**Des déformations de la cloison du nez et de leurs traitements chirurgicaux**, par I. ROSENTHAL (JOUVE 1888). (*Thèse inaugurale avec 8 figures hors texte.*)

Après un court exposé anatomique, dans lequel nous remarquons surtout la mention de l'organe de Jacobson, étudié par Kölliker et Læve, et qui, muni d'épithélium olfactif sert à l'odorat, l'auteur entre dans quelques considérations physiologiques où il rappelle les expériences d'Aschenbrandt et les travaux de Ziem.

L'historique de l'étude des déviations de la cloison du nez ne remonte guère au delà de Quermolz et de Haller: Dupuytren, Cloquet, Nélaton, Diffenbach, Velpeau, s'occupèrent de la question. Dans ces dernières années, ce sujet a été l'objet d'un nombre considérable de travaux, que I. Rosenthal a consciencieusement compulsés, pour en tirer les éléments d'une monographie vraiment complète, et digne, à tous les points de vue,

d'être consultée. C'est surtout depuis la vulgarisation de la rhinoscopie (Duplay, Thudichum, Wertheim) que l'histoire des déviations de la cloison du nez entre dans une phase pratique. Nous ne citerons que les noms de Zukerkandl, de Berger, de Baumgarten, de Lublinski, de Bosworth, etc.

Les déformations peuvent siéger dans les  $3/4$  antérieurs de la cloison ; mais elles sont plus rares sur le  $1/4$  postérieur. La lame quadrangulaire semble le siège le plus fréquent des déformations.

Les éperons ou saillies osseuses sont d'une grande fréquence surtout à gauche. Ils se développent d'ordinaire au dépens du vomer et siègent de préférence au-dessous de la ligne de jonction du vomer avec la lame perpendiculaire de l'ethmoïde.

Il existe alors du côté opposé de la cloison une dépression infundibuliforme, formé en haut par la lame perpendiculaire déviée de la ligne médiane, en bas par le vomer lui-même dévié. L'éperon siègeant toujours dans les  $3/4$  antérieurs de la cloison se rencontre surtout vers la partie médiane. Sa forme est celle d'un cône peu élevé aplati latéralement. Il existe souvent alors une voussure exagérée du palatin, une disposition irrégulière des dents, et une hypertrophie du cornet moyen du côté de la saillie.

Les éperons volumineux sont la cause de sténose, de troubles réflexes divers.

A ce propos, nous remarquons que l'histoire récente des réflexes d'origine nasale, que la nomenclature plus ancienne des troubles plus immédiats attribués aux obstructions des fosses nasales, est certainement destinée à une large revision. A entendre quelques spécialistes, c'est là que serait l'origine d'une multitude d'affections, aussi disparates que nombreuses. On le conçoit a priori, ces phénomènes morbides ne relèvent en aucune façon, d'une manière directe, de telle ou telle lésion (hypertrophie du cornet moyen, polypes, tumeurs adénoïdes, déviation de la cloison, hypertrophie amygdalienne, etc., etc.), mais elles font partie intégrante de la symptomatologie générale des premiers segments des voies respiratoires (nez, rétropharynx, amygdale, base de la langue). Aussi, est-il souverainement injuste de vouloir, à propos de chacune de leurs maladies, retracer à nouveau, la liste, trop longue, de ces troubles dits réflexes ou simplement mécaniques. M. I. Rosenthal n'est pas tombé dans cette exagération et nous croyons qu'il a bien fait de se borner à un simple résumé dans le chapitre consacré à cette question.

L'indication dans tous ces cas est de rétablir la perméabilité du conduit nasal. Pour cela, on a inventé une multitude de procédés. L'auteur préfère celui de Bosworth (scie) et la méthode de Jurasz dans le cas de simple déviation.

Nous croyons que dans nombre de cas la résection ou la galvano-puncture du cornet moyen, dont la muqueuse est généralement, sinon constamment hypertrophiée dans ces cas, est un moyen aussi actif, et en outre d'une facilité remarquable.

Le chapitre de l'étiologie nous arrêtera un instant, car nous considérons ce point de vue, incomplètement élucidé aujourd'hui, comme étant d'importance capitale.

Béclard attribuait la déviation de la cloison à l'habitude de se moucher toujours de la même main, Verneuil et Trélat attribuent les épaissements à la syphilis et à la scrofule, Lœvy incrimine dans certains cas le rachitisme. C'est là un point qui mériterait des recherches plus étendues.

Le traumatisme joue certainement un rôle prépondérant dans les déviations de la cloison. On sait combien fréquents sont chez les enfants les chutes sur le nez, les coups, etc. (Ziem, John Mackenzie, Schäffer, Bresgen, etc.) D'après Ziem, les déviations, suites de trauma, pourraient provoquer chez les enfants une asymétrie de la face et même du crâne.

Pour les autres points, nous renvoyons à l'original, où l'on trouvera, à côté des recherches patientes et consciencieuses, un exposé complet de la question.

P. T.

**Le lupus du larynx**, par le Dr J.-B. MARTY, ancien interne des hôpitaux. — (Un vol. in-8°, broché, de 214 pages. Librairie G. Steinheil, 2, rue Casimir-Delavigne.)

Très important et très remarquable travail que cette monographie, dont M. Marty a fait sa thèse inaugurale et qui a été édifiée d'après quatre-vingt-cinq observations, dont huit personnelles et six inédites. Aussi nous empressons-nous d'en donner une analyse détaillée.

Après quelques notions d'anatomie normale de la muqueuse du larynx, l'auteur expose l'*historique* de la question et montre les diverses étapes que l'on a parcourues pour arriver aux connaissances actuelles. Le lupus du larynx a été longtemps méconnu, ce qui tient à la situation profonde de l'organe de la voix et au peu d'habitude que l'on avait de se servir du laryngoscope.

Dans le chapitre II, consacré à l'*anatomie pathologique*, l'au-

teur étudie les lésions macroscopiques, histologiques et les lésions d'organes voisins.

Le chapitre III est le plus important. Il est entièrement consacré à la *symptomatologie*. « *Le lupus du larynx demande à être recherché*, » telle est, dit-il, la formule générale, que l'on doit écrire en tête des symptômes. Il montre, en effet, que, loin de s'annoncer par des phénomènes spéciaux susceptibles d'attirer l'attention du côté du larynx, le *lupus laryngé* peut, pendant longtemps, passer inaperçu. Les troubles phonateurs ne se montrent qu'à une période avancée de l'affection, au moment où les cordes vocales sont atteintes par le processus lueux. Au début, et pendant un temps variable, mais ordinairement fort long, le siège du mal est presque toujours l'épiglotte et la région sus-glottique; aussi, est-il nécessaire d'examiner systématiquement et sans parti pris toutes les muqueuses et surtout les voies respiratoires supérieures, chez tous les malades affectés de *lupus* de la peau. — Dans l'étude des symptômes, on doit distinguer deux cas : 1° ou bien le *lupus* est seulement localisé sur le larynx; la peau et les autres muqueuses étant indemnes (*lupus primitif*); 2° ou bien le larynx n'est envahi que secondairement, le processus s'étendant de la face aux fosses nasales ou à la bouche, et de là au pharynx ou au larynx (*lupus secondaire*).

L'auteur étudie d'abord le *lupus* secondaire, qui est le plus fréquent incomparablement; il passe en revue les troubles fonctionnels: troubles de la voix, toux, expectoration, ptyalisme, troubles respiratoires, indolence des lésions; il décrit ensuite les accidents concomitants et les complications, et ensuite, tout particulièrement, à propos de ces dernières, la *phthisie pulmonaire*, les lésions tuberculeuses diverses locales, l'œdème de la glotte, qui est un accident assez rare, etc. Il arrive ensuite aux signes physiques ou objectifs, et après avoir examiné rapidement les altérations de la bouche, des fosses nasales et du pharynx, il décrit les lésions révélées par le laryngoscope qu'il expose très longuement. Trois grands caractères dominent: la *pâleur*, livide, atonique, des parties malades; l'*hypertrophie*, pouvant revêtir sur certains points un aspect véritablement éléphantiasique; enfin, les *ulcérations* torpides, fongueuses, etc., qui, assez souvent, sont peu nombreuses, mais qui, dans quelques cas, sont confluentes, au point que l'on a décrit une forme *ulcéreuse*. L'auteur étudie ensuite la répartition de ces trois grands processus sur les divers points de la cavité laryngienne. L'épiglotte est ordinairement frappée; elle présente des

formes diverses et des augmentations de volume telles, que l'orifice supérieur du larynx est recouvert en grande partie, et qu'il en résulte des troubles respiratoires parfois assez marqués et inquiétants. Les bandes ventriculaires, aryténoïdes sont le siège de lésions; enfin, les cordes vocales vraies ne se prennent que plus tardivement.

L'auteur étudie ensuite le *lupus primitif*, qui est beaucoup plus rare (on n'en connaît encore que six cas). Les troubles fonctionnels et les signes physiques sont les mêmes que pour les laryngopathies lueuses secondaires.

La *marche* de cette affection est essentiellement chronique; c'est par années que se compte l'évolution de la maladie.

Le *pronostic* doit être réservé; il est des cas où la guérison se produit d'elle-même et sans aucun traitement; mais ces cas-là sont rares. Même quand la guérison est complète, on a toujours à compter avec les brides ou les cicatrices, qui entraînent des déformations de l'organe, susceptibles de déterminer des laryngosténoses.

Le *diagnostic* présente de grandes difficultés, surtout quand on a affaire à un cas de *lupus primitif*. On doit tenir compte des antécédents, des accidents concomitants du traitement déjà fait, de l'état général du sujet, etc. Quatre maladies peuvent surtout prêter à confusion: 1° la phthisie laryngée commune; 2° la syphilis laryngée, surtout la forme gommeuse infiltrée, avec laquelle la confusion, si on ne s'entoure de précautions, est extrêmement facile; 3° le cancer du larynx; 4° enfin, les manifestations de la lèpre sur l'organe de la voix. Les altérations laryngées de la morve, de la fièvre typhoïde, de la variole se distingueront très nettement des laryngopathies lueuses. Le diagnostic est, du reste, exposé très longuement.

Le *lupus du larynx* est une affection plus fréquente qu'on ne l'a cru, sans être cependant une maladie commune. L'auteur, sur un total de 89 malades atteints de *lupus* de la peau, examinés par lui au laryngoscope, a trouvé huit cas très nets de *lupus du larynx*, ce qui donne une proportion de 9,1 0/0. Ce même chiffre statistique est donné par Hæslund, de Copenhague. Le nombre des cas relevés par Chiari et Richl est très approchant aussi. Cette maladie frappe de préférence les adultes, et surtout les femmes, dans une grande proportion. Ses causes sont les mêmes que celles du *lupus* de la peau.

Au point de vue de sa *nature*, l'auteur conclut en disant que c'est une forme de tuberculose laryngée, caractérisée par la

rareté de l'élément infectieux du bacille, c'est-à-dire une tuberculose laryngée probablement atténuée.

Le chapitre IX est consacré au *traitement*, qui doit être *général et local*. Localement, les scarifications ou les cautérisations avec le galvano-cautère, les badigeonnages avec de la glycérine iodée ou mieux de l'acide lactique en solution à titre divers, donnent d'excellents résultats. Une des malades fut guérie par l'application de ce dernier moyen à la consultation de l'hôpital Lariboisière. On doit prescrire, en même temps, à l'intérieur, des réconfortants (surtout de l'huile de foie de morue et des arsenicaux), et recommander aux malades une bonne hygiène.

Suivent les conclusions et les observations, au nombre de 85, dont 14 inédites, parmi lesquelles 8 sont personnelles à l'auteur. Sur ces 85 observations, 5 sont relatives à des cas de lupus primitif.

A. G.

**Maladies du larynx. — Laryngoscopie et technique thérapeutique locale à l'usage des praticiens et des étudiants**, par le Dr J. GOTTSTEIN, de Breslau. — Traduit de l'allemand et annoté par le Dr L. ROUGIER, de Lyon. (Asselin et Houzeau, éditeurs, Paris, 1888.)

L'ouvrage que vient de publier en français mon excellent confrère et ami le Dr L. Rougier est un de ces livres parfaits à tous points de vue. En effet, il s'adresse aussi bien à l'étudiant qu'au praticien. L'un et l'autre y trouveront toutes les notions spéciales qu'il n'est plus permis d'ignorer. La spécialité laryngologique a, en effet, pris en France, dans ces dernières années, une extension considérable, et, si les portes de l'enseignement officiel lui sont fermées d'une façon presque systématique, elle arrive néanmoins à s'imposer par l'importance et le nombre de ses travaux. L'étudiant qui se soucie d'aborder la pratique privée avec un bagage complet de connaissances scientifiques doit posséder tous les moyens physiques d'exploration du corps humain. Tous connaissent l'ophtalmoscopie, ils ne devraient donc pas ignorer les manipulations laryngoscopiques moins compliquées d'ailleurs. Il faut bien reconnaître aujourd'hui que la perfection dans le diagnostic repose en grande partie sur la richesse des procédés d'exploration du malade. La simple introduction d'un miroir laryngien permettra souvent de trancher un diagnostic considéré comme fort difficile autrefois.

Le livre qui vient de paraître rendra les plus grands services à tous. Chacun y puisera un enseignement précieux. C'est le

manuel essentiellement pratique, dépouillé de toute bibliographie encombrante, apanageréservé aux grands traités spéciaux. Dire que cet ouvrage a déjà vu le jour en quatre langues, c'est sans contester le plus bel éloge qu'on puisse faire de l'auteur.

Nous n'avons nullement l'intention d'analyser chaque chapitre de l'ouvrage. Les manuels de ce genre ne s'analysent point: on doit les lire. On y trouvera une étude très complète de l'anatomie et de la physiologie du larynx, suivie d'un chapitre intéressant de thérapeutique spéciale aux nombreuses figures représentant l'arsenal laryngologique.

L'auteur a décrit d'un côté les maladies essentielles du larynx; c'est le chapitre le plus étendu. D'un autre côté, il a exposé toutes les maladies secondaires du larynx, c'est-à-dire les manifestations locales, souvent fort importantes, de maladies générales infectieuses diverses.

Le traducteur a eu l'heureuse idée de mettre, pour ainsi dire, le livre au courant du jour, par des annotations nombreuses, claires et précises. Nous citerons surtout la découverte si importante de la cocaïne qui, à notre avis, a totalement bouleversé les méthodes d'intervention intralaryngienne.

Rougier a également mis au point la question pleine d'actualité du cancer du larynx et de son traitement par l'extirpation totale ou partielle. Il a aussi résumé tout ce qui a été dit et fait récemment au sujet du traitement de la phthisie laryngée (acide lactique, etc.). Il est à regretter que l'auteur n'ait pas ajouté comme supplément à l'ouvrage le fascicule récent de Gottstein traitant des troubles laryngés dans les maladies du système nerveux central. Nous savons d'ailleurs qu'il comblera bientôt cette lacune.

En terminant, nous adressons nos félicitations et nos sincères remerciements au Dr Rougier pour son intéressante traduction, et nous souhaitons un succès mérité à son œuvre (1).

Dr J. GAREL.

**Étude critique sur la nature de la scrofule : pathogénie et traitement de l'ophtalmie dite des scrofuleux, par le Dr Désir de Fortunet. (Thèse de Lyon, juillet 1888.)**

Le titre de cette thèse pourra paraître singulier aux lecteurs habituels des *Annales*, mais nous espérons que leur étonnement

(1) Doit être publiée, sous peu dans ce journal, une analyse de la deuxième édition allemande.



cessera lorsqu'ils sauront la relation établie par M. Désir de Fortunet entre la rhinite chronique et l'ophtalmie phlycténulaire des enfants scrofuleux. Pour lui, il y a un rapport presque constant, et de cause à effet, entre la première et la seconde de ces deux affections (1).

L'auteur, comme M. V. Augagneur qui lui a inspiré ce travail, nie la scrofule qui doit être rayée du cadre nosologique. Une partie de la diathèse s'est fondue dans la tuberculose, une autre est rentrée dans la syphilis héréditaire; le peu qu'il en reste doit être attribué à des lésions inflammatoires simples de cause externé.

Dans cette manière de voir, la rhinite et l'ophtalmie sont des affections purement locales. La rhinite, qui est elle-même le point de départ de l'ophtalmie, coïncide avec l'eczéma de la face ou l'impétigo du cuir chevelu. « Une fois la porte d'entrée ouverte, soit par les poux, soit par la gale, soit par les excoriations survenues aux lèvres pendant la saison froide, soit même par un traumatisme, l'éruption apparaît. Elle provoque un prurit continu, l'enfant porte les doigts à sa lésion...; l'ongle chargé de matières septiques est introduit dans l'orifice des narines et la rhinite ne tarde pas à se montrer. En même temps que l'inflammation va se propager par les voies lacrymales jusqu'à la conjonctive et la cornée, elle déterminera aussi une lymphangite septique qui, marchant en sens inverse, provoquera cet œdème de la lèvre dont on a voulu faire un signe presque pathognomonique de la scrofule... »

A la vérité, M. Désir de Fortunet nous paraît aller bien vite en besogne lorsqu'il biffe ainsi d'un trait de plume toute influence diathésique; il lui resterait au moins à nous faire comprendre pourquoi les lésions banales qu'il invoque produiront l'eczéma ou l'impétigo chez tel enfant et resteront sans action sur tel autre. Une chose montre bien d'ailleurs ce qu'il y a de forcé dans la manière de voir de l'auteur, c'est que tout en répétant à plusieurs reprises : « la maladie locale est tout, l'affection générale n'est rien, » il n'en est pas moins amené à faire l'éloge de la médication générale par les bains de mer et les eaux chlorurées ou arsenicales. C'est un peu jouer sur les mots que de nous dire que

(1) Voir à ce sujet dans le numéro de juin des *Annales* l'analyse d'un travail de M. CHEATHAM, Louisville, sur les rhinites comme cause des maladies des yeux. — Consulter aussi un article de M. V. AUGAGNEUR dans la *Province médicale*, numéros des 14 et 21 juillet.

l'eau de mer et les eaux minérales n'ont rien de spécifique, mais qu'elles « agissent comme des modificateurs puissants des fonctions d'assimilation, comme des stimulants énergiques qui viennent imprimer aux échanges moléculaires une plus grande activité. » Si la rhinite et l'ophtalmie scrofuleuse sont autant que le croit M. Désir de Fortunet des affections locales, qu'est-il besoin de tant de modificateurs et de stimulants énergiques ?

Après ces réserves, nous ne ferons aucune difficulté à reconnaître que cette excellente thèse, basée sur 45 observations bien prises, est aussi bonne qu'on pouvait l'attendre d'un des internes les plus distingués de Lyon et nous partageons absolument sa manière de voir lorsqu'il insiste sur la nécessité de soigner la rhinite chronique pour faire disparaître l'ophtalmie des scrofuleux.

M. Ls.

---

#### PRESSE ÉTRANGÈRE.

---

**Abcès du cerveau par lésion suppurative de l'oreille ; rémission prolongée des symptômes,** par M. TH. BARR. (*Glasgow Med. Journ.*, septembre 1887.)

L'intérêt de l'observation que M. Barr rapporte dans tous ses détails réside surtout dans l'évolution relativement lente des phénomènes cérébraux et la rémission qui se produisit entre les accidents primitifs et ceux qui se terminèrent par la mort. Il s'agissait d'une jeune femme de 22 ans souffrant depuis six ans et demi d'une double perforation, en pleine activité à droite, ayant laissé une large perforation à gauche.

La première période dura 28 jours; la maladie commença par de la céphalalgie frontale et de la tendance au sommeil; puis il survint des vomissements répétés, la douleur de tête se localisa à droite et devint plus intense, la malade tomba dans une sorte de stupeur. L'auteur note à plusieurs reprises des bâillements répétés, une température ne dépassant pas 37°3, un pouls lent au début (52 à 60) et s'élevant ensuite jusqu'à 120, de la constipation et enfin des paralysies oculaires (ptose et strabisme interne de l'œil gauche).

La période de rémission débuta après l'application d'un large vésicatoire et dura 15 jours; la malade paraissait complètement guérie, avait bon appétit, sortait, voyait ses amis, etc. Toute-

fois la paralysie du droit externe de l'œil gauche persista sans changement. La troisième période dura 12 jours pendant lesquels la malade présenta de la céphalalgie, des vomissements, de la stupeur, de la paralysie des membres gauches, du délire, etc. La température ne dépassa pas 37°9 et resta le plus souvent inférieure. La mort survint rapidement par asphyxie.

En dehors des lésions suppuratives chroniques de l'oreille moyenne, l'autopsie fit découvrir un abcès volumineux dans le lobe temporo-sphénoïdal.

Le même journal contient dans son numéro du mois d'août une intéressante discussion à la Société médico-chirurgicale de Glasgow sur la pathologie et le traitement des abcès de cerveau dans laquelle une large part fut faite au rôle pathogénique des affections de l'oreille moyenne.

M. Ls.

**Suppuration de l'oreille moyenne avec paralysie faciale et élimination du limaçon, par M. H. FERRER. (*Sacramento med-Times*, avril 1888.)**

Un homme, âgé de 24 ans, souffrait d'une otorrhée gauche depuis de nombreuses années, lorsqu'il se présenta avec une apophyse mastoïde très douloureuse, des attaques de vertige devenues très fréquentes, une paralysie faciale gauche. La trépanation, poussée jusqu'à une profondeur de 2 centimètres 1/2, ne montra que de l'éburnation de l'os. Plus tard, une fistule se montra à la partie supérieure du conduit auditif et donna issue à un petit fragment d'os dans lequel il fut facile de reconnaître le canal du nerf facial. Quelques mois plus tard, on retira de la même fistule un fragment osseux constitué par le limaçon entier. La suppuration se tarit alors rapidement.

M. Ls.

**Syphilis du pavillon, de l'oreille moyenne et de l'oreille interne, par M. JONES. (*Saint-Louis Courier of Med.*, avril 1888.)**

L'observation de M. Jones peut brièvement se résumer ainsi : une femme de 30 ans vient se plaindre de douleur dans l'oreille droite. Diminution de l'ouïe de ce côté et rougeur généralisée du tympan : la voix est rauque et tout le palais présente une rougeur foncée. Une grande cicatrice entoure le canal auditif externe et atteint le tragus, l'antitragus et une partie de la conque : le pavillon est considérablement déformé.

Trois mois plus tard, elle revient avec une ulcération datant de 10 jours et occupant sur l'oreille gauche la même position que la cicatrice sur l'oreille droite. L'ulcère a des bords irréguliers et

le cartilage mis à nu présente une série d'abrasions superficielles qui semblent avoir été faite avec un emporte-pièce. Elle se plaint de douleur dans l'oreille, de bruits de claquement, d'autophonie et de névralgie faciale gauche; trois jours plus tard, son oreille gauche devint brusquement et absolument sourde.

L'auteur porta le diagnostic de syphilis malgré les dénégations de la malade qui d'ailleurs avait quitté son mari pour une vie très mouvementée. Ce diagnostic fut confirmé les jours suivants par l'apparition d'une double perforation du voile du palais. M. Ls.

**Otite moyenne hémorragique chez un enfant,** par TH. BARR.  
(*Brit. med. Jour.*, 28 avril 1888.)

Cette observation est intéressante en raison de la quantité de sang qui s'écoula de l'oreille et de l'âge peu avancé de la petite malade. Il s'agissait d'une fillette de 9 ans  $1/2$  qui, cinq semaines auparavant, avait été prise d'agitation, de malaise, insomnie, etc. Au bout de huit jours, tout s'explique par l'apparition d'une suppuration abondante de l'oreille gauche au-dessus de laquelle on note en même temps un gonflement inflammatoire assez considérable. Deux jours après, la mère est effrayée de voir au milieu de la nuit l'oreiller couvert de sang; lorsque l'enfant fut vue par un médecin, celui-ci constata que l'hémorrhagie avait dû être considérable. On lui administra du perchlorure de fer et de l'iodure de potassium en même temps qu'on faisait un pansement occlusif avec de l'iodoforme et du coton, mais celui-ci déterminait une toux réflexe et il fallut l'enlever. L'hémorrhagie se reproduisit encore une ou deux fois dans la journée et une fois le lendemain, puis ne reparut plus. La suppuration continua encore quelques jours. Il y avait une déchirure irrégulière à la partie inférieure du tympan, mais elle se cicatrisa au bout de quelques jours.

M. Ls.

**Trépanation de l'apophyse mastoïde avec pénétration du sinus transverse,** par von BARACZ, de Limberg. (*Annals of Surgery*, avril 1888.)

Dans ce cas, après l'ablation de granulations qui remplissaient les cavités mastoïdiennes, il se fit tout à coup un écoulement de sang noir très abondant et s'écoulant par saccades régulières. L'accident se produisit malgré la stricte observation des préceptes de Schwartze. La plaie fut tamponnée avec de la gaze iodoformée et il n'y eut pas de suites fâcheuses.

Von Baracz a réuni cinq autres observations de ce genre (auxquelles il faut ajouter un cas de Benton); aucune ne se termina

par la mort bien que dans un cas, celui de Guye, il y eut pénétration de l'air.  
M. Ls.

**La maladie de Menière**, par LUCÆ. (*Encyclopädie der gesammten Heilkunde.*)

Nous devons insister surtout sur la partie thérapeutique de cette monographie très complète. Au début de l'affection, Lucaë préconise, surtout chez les sujets vigoureux, les émissions sanguines dans la région mastoïdienne avec la ventouse d'Horteloup. Le séjour prolongé au lit lui paraît une condition indispensable du traitement. Comme médicaments, il emploie surtout la pilocarpine en injections sous-cutanées; l'ergot de seigle mérite d'être essayé. L'iodure de potassium n'a pas d'action. Le sulfate de quinine expose à la perte complète des fonctions acoustiques. On ne doit donc l'employer que comme ressource ultime, et en prévenant le malade du danger que ce médicament présente.

A.-F. P.

**Ueber Ursprungsverhaeltnisse des Acusticus und die directer sensorische Kleinhirnbahn.** (Origines du nerf auditif; le faisceau sensoriel direct du cervelet; par EDINGER. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 30, p. 507, juillet 1886; in *Revue des sciences médicales*, 15 juillet 1887.)

La racine postérieure du nerf auditif provient de ce que l'on a nommé le noyau antérieur du nerf acoustique. Ce noyau est en relation : 1° avec l'olive supérieure du côté opposé; un faisceau considérable qui traverse le corps trapézoïde; 2° avec l'olive supérieure du même côté, par des fibres moins nombreuses; 3° avec le noyau acoustique interne, par des fibres arciformes qui enlacent le corps restiforme. Ces fibres se trouvent en dedans des stries acoustiques.

Un fort tractus de fibres réunit l'olive supérieure au noyau du moteur oculaire externe, et met ainsi le nerf auditif en rapport avec les nerfs moteurs de l'œil.

La racine antérieure du nerf auditif provient du noyau interne du nerf acoustique. Ce noyau est également relié à l'olive supérieure; de son côté interne partent des fibres grêles que l'on ne peut suivre au delà du noyau du nerf moteur oculaire externe.

Un troisième système de fibres, qui entre dans la composition du nerf auditif, est fourni par un rameau de ce qu'Edinger appelle le faisceau sensoriel direct du cervelet; c'est, pour une

grande partie, ce que Meynert et d'autres ont nommé division interne du pédoncule cérébelleux. Le faisceau sensoriel direct provient de la région des noyaux du toit, avec des fibres assez épaisses qui sont toutes situées en dedans du corps dentelé du cervelet; il se sépare nettement de la portion spinale du corps restiforme qui entoure latéralement le corps dentelé; ses fibres arrivent jusqu'à la commissure antérieure d'entre-croisement (Shilling) du vermis.

Une portion de ce faisceau sensoriel direct du cervelet se rend au nerf auditif; une autre descend en avant jusqu'au trijumeau; un troisième fascicule rétrograde et peut être suivi jusque dans les cordons postérieurs; comme, chemin faisant, il diminue de volume, il est vraisemblable qu'il cède des fibres au glosso-pharyngien et au pneumogastrique. Ce faisceau, complètement étranger au nerf auditif, est identique à celui que Roller a désigné comme racine ascendante de l'acoustique. Edinger lui a choisi un nom rappelant que ses fibres, sans affecter aucune connexion avec les noyaux nerveux, se rendent directement du cervelet dans les nerfs périphériques de sensibilité spéciale. C'est sur le trajet du faisceau sensoriel direct du cervelet que se trouve le noyau de Deiters, dont la dégénération consécutive à la section des cordons postérieurs s'explique bien maintenant, puisque la ramification postérieure du faisceau sensoriel direct du cervelet se trouve du même coup coupée.

**Beitrag zur Anatomie des Ohres (Contributions à l'anatomie de l'oreille),** par BULLE. (*Arch. f. mikr. Anat.*, Band XXIX, heft 2, p. 27, 4 pl.; in *Revue des sciences médicales*, 15 juillet 1887.)

Ce travail a trait :

1° A la forme de la caisse du tympan. L'auteur décrit la forme de la caisse chez l'adulte et le fœtus, et signale l'existence de prolongements osseux qui naissent surtout de la paroi externe de la caisse, et contribuent ainsi à diminuer sa cavité et à la rendre plus irrégulière;

2° A l'épithélium de la caisse. Sur cette question très controversée encore, Bulle est arrivé à ces résultats très généraux : l'épithélium est plat aux endroits où la muqueuse qu'il tapisse est mince et peu vascularisée; il est cubique là où la muqueuse est plus épaisse; et, dans les régions où elle est puissamment développée et irriguée, l'épithélium se montre cylindrique et cilié, avec de petites cellules de remplacement, profondément

situées. Pour préciser les faits observés, l'épithélium de la trompe, cylindrique et vibratile, se prolonge sur la partie externe et latérale de la paroi supérieure de la caisse jusqu'au bord du tympan ; la paroi interne et inférieure est revêtue d'épithélium plat ; le tympan est tapissé d'une simple couche de cellules pavimenteuses, les osselets possèdent une muqueuse, elle aussi recouverte d'épithélium plat ; les cellules plates ciliées représentent des formes de passage. L'étude de l'épithélium, chez les animaux, confirme la loi générale posée par Bulle.

L'épithélium chez le fœtus, après avoir été stratifié et vibratile, puisque l'oreille moyenne n'est qu'un diverticule pharyngien, devient cilié à deux couches (à 4 mois) et n'a plus (à 7 mois) qu'une seule assise de cellules dépourvues de cils.

3<sup>e</sup> Aux glandes de la caisse du tympan, Bulle retrouve la glande signalée par Von Tröltsch sur la paroi externe, là où la trompe débouche dans la caisse. Il retrouve aussi les utricules ovales simples que Krause a découverts. Mais l'épithélium de ces glandes a la même structure que l'épithélium de la muqueuse dont elles émanent, plat ou cylindrique et cilié, suivant les régions ; comme le fait remarquer Bulle, un enfoncement de muqueuse n'a droit au titre de glande qu'autant que l'épithélium de la muqueuse s'est modifié dans cette partie invaginée en vue de la fonction spéciale à remplir. Ici pas de modification épithéliale ; donc pas de glande. Les prétendues glandes que Von Tröltsch, Kessel, Wendt, Krause ont décrites ne sont que des « cryptes ».

4<sup>e</sup> A des appendices glanduleux du saccule. Ce sont des invaginations peu profondes de la paroi du saccule, situées au voisinage de la macula acustica. On peut les rapprocher des formations que Boettcher a décrites sur le ductus endolymphaticus et que cet auteur a considérées comme destinées à fournir de l'endolymph.

**Deux cas d'abcès de la région mastoïdienne sans troubles de l'appareil auditif**, par D. PREWITT. (*St-Louis Med. Soc.* ; in *St-Louis Courrier of Medicine*, juin 1887.)

1<sup>er</sup> cas. Homme de 35 ans, traité antérieurement pour névralgie ; carie de l'apophyse mastoïde, formation d'une cavité qui fut gougée après évacuation abondante de pus et guérit.

2<sup>e</sup> cas. Abcès sous-périostique de l'apophyse, sans communication avec les cellules mastoïdiennes.

*Dans les deux cas, les malades ne se plaignirent d'aucun trouble de l'oreille.*

R. L.

**Abcès du cerveau après otorrhée**, par C. BARCK. (*St-Louis Med. and surg. journ.*, juillet 1887.)

Fille de 15 ans, otorrhée de l'oreille gauche datant de 7 à 8 ans, sans cause connue, de temps en temps, violente hémicranie gauche, très augmentée depuis 6 mois; en mars 1887, prise soudainement de convulsions, délire, puis état semi-comateux. L'oreille secrétait du pus de plus en plus. Impossible d'examiner le tympan; la région mastoïdienne tendue fut incisée et on trouva une large cavité; des injections antiseptiques finirent par revenir par l'oreille moyenne. Hémiplegie droite, le 29 mars, mort sans paralysie du facial, ni du moteur oculaire commun. A l'autopsie, abcès de l'hémisphère gauche qui s'était ouvert au niveau de la paroi postérieure de l'os pétreux; au milieu, au-dessus de l'acqueduc du vestibule était un petit pertuis, communiquant avec l'abcès; les régions du tympan et mastoïdiennes, l'antre, le labyrinthe ne formaient plus qu'une cavité irrégulière en partie remplie de débris. Le marteau était en place ainsi que la membrane du tympan très peu perforée à sa partie antérieure. L'abcès siégeait dans le lobe temporal avec extension au lobe occipital.

R. L.

**Excision du larynx et du pharynx**, par AGNEW, D. HAYES de Philadelphia. (*Med. News*, 9 avril 1887; in *Journ. of laryng.*, by M. Mackenzie, n° 6, 1887.)

Epithélioma tubulé du larynx et du pharynx, sauf une portion très étroite de la paroi postérieure; mort trois jours après l'opération; autopsie impossible; la mort fut attribuée à la congestion pulmonaire.

R. L.

**Excision du larynx**, par GAIRDNER W. (*Lancet*, 7 mai 1887; in *Journ. of laryng.*, by M. Mackenzie, n° 6, 1887.)

Le troisième des cas opérés en Angleterre, où l'on ait vu plus de quatre mois de survie. On avait affaire à un épithéliome dont la récurrence fut très rapide. Gairdner recommande l'emploi d'une canule rectangulaire, remplissant le diamètre exact de la trachée afin d'empêcher une hémorragie dans les voies aériennes et une pneumonie septique; d'adopter la position de la tête pendante; de choisir de préférence le larynx artificiel de Gussenbauer.

R. L.



**Traitement des papillomes du larynx**, par G. FERRERI. (*Lo sperimentale*, fasc. 2 février 1887; in *Journ. of laryng.*, by M. Mackenzie, n° 6, 1887.)

L'auteur insiste sur la distinction entre les papillomes, et de simples granulations. Pour simplifier le manuel opératoire compliqué, infidèle, de Rossi se sert d'une petite curette, à concavité dirigeable à droite ou à gauche, de forme olivaire, à bords un peu coupants, à manche recourbé. Pour enlever la base de la tumeur, on prend une pince spéciale, à branches divergentes pour faire rapidement l'extraction. La cautérisation pour prévenir la récidive se fait ensuite avec une bague recourbée en métal, terminée par une petite olive de platine disposée à son centre, pour y couler du nitrate d'argent en quantité convenable.

R. L.

**Sténose syphilitique de la trachée**, par SUCKLING. (*Midland Med. Soc.*, 30 mars 1887; in *Journ. of laryng.*, by M. Mackenzie, n° 6, 1887.)

Syphilis datant de 20 ans, chez une femme de 50 ans; perforation du palais au bout de 5 ans; pendant les neuf dernières années, difficulté à respirer; dyspnée ayant rendu, à plusieurs reprises, la trachéotomie imminente. Cordes vocales libres, rien au larynx.

R. L.

**Recherches expérimentales sur la physiologie du nerf laryngé supérieur**, par BARBACCI. (*Laboratoire de pathologie générale du professeur V. Renzi, Gaz. degli Ospit.*; an VIII, n° 24 et 25; in *Journ. of Morell Mackenzie*, n° 7, 1887.)

Les expériences de Barbacci n'ont pas eu pour but de contrôler les résultats de Canu, contradictoires à ceux de Longet; sans en tirer des conclusions générales, il les présente comme des matériaux pouvant plus tard servir à d'autres. Huit chiens servirent aux expériences dont la première avait pour but de confirmer que le nerf laryngé supérieur n'a que des fibres motrices pour le muscle crico-thyroïdien. Les 2°, 3°, 4°, 5° et 6° expériences démontreraient que la section de ce nerf, après 10, 12 et même 18 jours, n'amène pas de lésions de dégénérescence dans les fibres du muscle crico-thyroïdien malgré leur pâleur et leur moindre vascularité. Dans les 7°, 8°, et 9° expériences, tous les filaments nerveux se rendant aux muscles du côté opéré sont dégénérés, sauf ceux du crico-thyroïdien. Cependant, ajoute l'auteur, à chaque excitation du laryngé supérieur, ce dernier

muscle se contracte énergiquement, d'où il semble croire que le nerf moteur n'a pas une influence trophique et que le nerf laryngé moyen, outre sa fonction sensorielle, peut fournir des fibres au muscle crico-thyroïdien.

R. L.

**Paralyse de la glotte et ictère**, par GERHARDT, de Berlin.  
(*Deutsche med. Woch.*, n° 16, 1887; in *Journ. of laryng.*, by M. Mackenzie, n° 7, 1887.)

Chez deux ictériques, Gerhardt a vu des respirations fréquentes (80 par minute) et de l'aphonie; il ne se souvient pas d'avoir encore vu citer la réunion de ces symptômes et croit qu'il y a là une affection particulière.

R. L.

**Thyrotomie pour un épithélioma du larynx**, par STEWART W. R. H.  
(*Lancet*, 21 mai 1887; in *Journ. of laryng.*, by M. Mackenzie, n° 7, 1887.)

Division du cartilage thyroïde sur la ligne médiane; tumeur et corde vocale coupées avec des ciseaux courbes, grattage à la curette tranchante, cautérisation au nitrate d'argent.

La blessure guérit bien; malheureusement, après examen, la malade fut perdue de vue.

R. L.

**Présentation d'un exemple d'œdème de la glotte**, par B. FRÄNKEL.  
(*Berl. Med.*, 11 et 18 mai 1887; in *Journ. of laryng.*, by M. Mackenzie, n° 7, 1887.)

Le malade eut une dyspnée violente pendant une heure; au laryngoscope, on constata un œdème de la glotte; mort avant de pouvoir faire la trachéotomie. L'auteur croit cet œdème d'origine rénale d'après le résultat de l'autopsie.

Sur la demande de Virchow, Fränkel rechercha les cocci érysipélateux, sans aucun résultat, mais constata dans le larynx une inflammation qui peut avoir causé l'œdème.

R. L.

**Difficulté qu'on éprouve à rétablir la respiration naturelle après trachéotomie**, par BILTON POLLARD. (*Clinic soc. of Lond.*; in *J. of laryng.*, by M. Mackenzie, n° 7, 1887.)

Il s'agit, en premier lieu, d'un enfant de 2 ans 1/2, chez lequel on n'est arrivé à rétablir la respiration par la voie naturelle que un an et sept mois après la trachéotomie, en passant un cathéter dans la trachée à travers la glotte. Tous les autres moyens avaient échoué. Dans le deuxième cas où on avait trachéotomisé pour une laryngite, ce fut un fragment de tissu bour-

geonnant qui gênait la respiration. Enfin, dans le troisième cas, corps étranger de la bronche droite, rien n'y fit, cathétérisme, cautérisations, etc. Deux ans et demi après la trachéotomie, on s'aperçut que les cordes vocales adhéraient l'une à l'autre; elles furent séparées, mais il y eut récédive et il fallut rouvrir la trachée.

R. L.

**Tuberculose primitive du larynx**, par E. FRENKEL, de Hambourg.  
(*Deutsche medical Wochenschrift*; in *Internat. Centr. f. Laryng.*, 1887.)

Nous rapporterons cette observation, en raison du très grand intérêt qu'elle présente. On est tellement habitué à considérer les lésions laryngées de la tuberculose, comme des complications ultimes, comme les prodromes de la mort des phthisiques, qu'il est, au premier abord, assez peu vraisemblable que l'on songe, en présence d'ulcérations laryngées, à une tuberculose locale. Tous les laryngologistes savent que le larynx peut être pris de bonne heure. Bien plus, aujourd'hui, un certain nombre d'observations minutieuses, avec preuve autopsiale, viennent déposer en faveur d'une tuberculose laryngée primitive.

Bien que nous puissions citer plusieurs mémoires intéressants à ce sujet, les observations qui ne prêtent pas flanc à la critique se comptent et on doit soigneusement en prendre note.

Il s'agit, dans le cas présent, d'un homme de 31 ans, que l'auteur tenait en observation depuis 1880. Alors on trouva seulement une parésie de la corde vocale gauche, dont les mouvements étaient moins précis, moins étendus. En même temps, le bord libre avait perdu sa netteté. La corde droite était rugueuse, rosée. Traitement local : amélioration, il reste de l'enrouement pendant les années 1881 et 1882.

En janvier 1883, le mal s'attaque à la paroi postérieure. Arrêt de la maladie jusqu'en 1885. Depuis, destruction progressive de la muqueuse, avec démonstration de la présence de bacille dans les produits de sécrétion. Mort en janvier 1886. A l'autopsie, destruction profonde de la muqueuse et de la sous-muqueuse. Ulcérations trachéales. Dans les poumons, rien à la surface, quelques granulations péribronchiques récentes sans ulcérations, sans ramollissement caséeux. Rien aux ganglions du hile. La plèvre, le foie, l'intestin, les testicules sont indemnes de tuberculose.

L'auteur, après avoir signalé un cas analogue et suivi d'au-

topsie de Orth, se demande s'il ne faudrait pas, en pareil cas, enlever les tissus malades.

L'arrêt momentané de la maladie, qui se trouve signalé dans cette observation, doit rendre fort circonspect sur le pronostic de ces lésions et rendre moins téméraires ceux qui se fondent sur une amélioration, ou même une guérison momentanée pour affirmer une cure radicale définitive. Le bacille ne rend pas volontiers ses droits et maintes fois se réveille alors qu'on n'y songeait plus. Il est rare que la première atteinte de tuberculose, en un point quelconque de l'organisme, reste longtemps à l'état de menace. Du reste, il ne faudrait pas non plus tomber dans un excès contraire et nier les cas de guérison. Ce serait ignorer les démentis de la clinique et de l'anatomie pathologique. P. T.

**Traitement par la créosote de la phthisie pulmonaire et laryngée,** par LUBLINSKY. (*Deutsche medic. Wochenschrift*, 1887, n° 38.)

Lublinsky a obtenu de bons résultats de la créosote dans la tuberculose pulmonaire. Il la regarde comme utile surtout au début. Même chez les malades les plus améliorés, il est remarquable que le nombre des bacilles n'était pas sensiblement diminué dans les crachats.

La créosote s'est surtout montrée très efficace en applications locales contre les ulcérations de la tuberculose laryngée. Lublinsky emploie une solution de 1 gramme de créosote, 20 grammes d'alcool, 80 grammes de glycérine. Chez les 9 malades ainsi traités, il obtint la cicatrisation des ulcérations; cette cicatrisation dans plusieurs cas persista pendant des années.

A.-F. PLIQUE.

**Leçons cliniques sur la pathologie, le traitement des spasmes, de la tétanie et des convulsions laryngées,** avec figures, par CHEADLE, W. B., de Londres. (*Lancet*, 14 mai 1887; in *Journ. of laryng.*, by M. Mackenzie, n° 8, p. 304, 1887.)

Tous ces symptômes sont dus à l'hyperexcitabilité du système nerveux chez les enfants; Cheadle cite une famille où cinq enfants réunirent toutes ces manifestations; trois d'entre eux y succombèrent. Tous avaient été allaités artificiellement. Les convulsions tétaniques sont presque toujours une expression du rachitisme; d'où découle l'indication de les traiter par une bonne nourriture, des toniques et une hygiène convenable. R. L.

**Cas de tabes accompagné de crises gastriques et laryngées avec spasmes de la déglutition (crises pharyngées),** par OPPENHEIM, de Berlin. (*In Journ. of laryng., by M. Mackenzie, n° 8, p. 308, 1887.*)

Les spasmes arrivent 24 fois par minute quand le malade essaye d'avaler. L'attaque dure 10 minutes, et se produit soit spontanément, soit par compression du point douloureux sur le côté du larynx. Ce symptôme n'a pas encore été décrit. R. L.

**Spasme de la bouche dans la phonation à haute voix,** par ZENNER, de Cincinnati. (*Berlin. klin. Woch., n° 17, 1887; in Journ. of Laryng., by M. Mackenzie, n° 8, p. 312, 1887.*)

Spasme du côté gauche de la bouche, constant quand le malade, commissaire priseur, voulait crier et lui rendant impossible l'exercice de ces fonctions; l'accès accompagné de douleurs survenait aussi quand il parlait rapidement; il pouvait être surmonté en comprimant la commissure labiale avec un crayon pendant la conversation. Zenner regarde l'affection comme une névrose fonctionnelle. R. L.

**Contribution à l'anatomie du nez,** par LÖWE. (*Berlin, klin. Woch., n° 46, p. 805, 15 novembre 1886; in Revue des sciences médicales, 15 juillet 1887.*)

A l'aide de coupes pratiquées sur des nez de lapins, Löwe établit les points suivants :

1° La cloison des cellules ethmoïdales qui fait saillie dans le labyrinthe ethmoïdal possède un véritable épithélium olfactif, tandis que les dépressions intermédiaires aux crêtes sont tapissées par un épithélium analogue à celui de la région respiratoire du nez. Comme, en outre, les crêtes du labyrinthe ethmoïdal sont revêtues de nombreux faisceaux de nerfs olfactifs et de glandes muqueuse caractéristiques des fonctions de l'odorat, cela prouve que le labyrinthe de l'ethmoïde est un des principaux points de localisation de l'olfaction ;

2° A l'extrémité inférieure de la cloison des narines, tout près de l'entrée du nez, se trouve un sinus auquel on a fait peu attention jusqu'ici, bien qu'il ait été découvert par Jacobson, il y a 80 ans et que Kölliker, il y a 10 ans, et, ultérieurement, Löwe en aient signalé l'existence constante. L'organe de Jacobson est un tube creux, appliqué contre la cloison, entouré de toutes parts par de l'os ; il commence à l'extrémité antérieure de la cloison, s'élève obliquement en arrière et se termine en

cul-de-sac au niveau du tiers moyen de la cloison des fosses nasales. Il sert à l'odorat, car sa paroi interne est munie d'épithélium olfactif.

3° La totalité des glandes de l'antre d'Highmore débouche dans un conduit excréteur commun, qui s'ouvre librement dans la cavité nasale en dehors et en haut de l'extrémité antérieure du cornet inférieur.

**Das adenoïde Gewebe der Nasenschleimhaut. (Le tissu adénoïde de la muqueuse nasale, par ZUCKERKANDL (Wien. med. Jahrb., p. 219, 286; in *Revue des sciences médicales*, 15 juillet 1887).**

La muqueuse des fosses nasales présente normalement une infiltration lymphoïde discrète. On y trouve souvent du tissu adénoïde sous forme d'infiltration diffuse, ou sous forme de véritables follicules. Ces follicules sont constitués par un réticulum et par une agglomération de cellules lymphatiques. Ils existent soit immédiatement au-dessous de l'épithélium, soit profondément au-dessous du réseau capillaire de la muqueuse.

Ce tissu adénoïde ne doit pas être considéré comme un produit pathologique; c'est une disposition physiologique inconstante chez l'homme. On la constate surtout dans le méat inférieur, et spécialement à la partie postérieure de ce méat. La région olfactive des fosses nasales est dépourvue de follicules et ne présente même qu'une très faible quantité de cellules lymphoïdes.

L'auteur a examiné comparativement la muqueuse nasale de plusieurs animaux (chien, chat, mouton, porc, cheval, etc). Il a trouvé constamment des follicules, plus ou moins développés suivant les espèces. Les follicules atteignent leur maximum de développement au plancher des fosses nasales, à la partie postérieure des cornets, sur toute la partie externe et inférieure des fosses nasales. Ils font défaut dans la région olfactive. La muqueuse de la cloison présente peu de follicules, mais du tissu adénoïde infiltré. Les follicules se divisent comme chez l'homme en deux variétés : les superficiels et les profonds.

**Ueber die Bursa pharyngea (Bourse séreuse pharyngienne), par SCHWABACH (Arch. f. mik. Anat. Band. XXIX, Heft 1, p. 61-73; in *Revue des sciences médicales*, 15 juillet 1887).**

L'existence de la bourse pharyngienne, c'est-à-dire de ce diverticule que Luschka avait décrit sur la ligne médiane de la

voûte du pharynx dans la région du tissu adénoïde, constitue un point d'anatomie aujourd'hui très controversé. Schwabach, se basant sur de nombreuses observations portant sur des enfants et sur des adultes, déclare que *normalement*, chez l'homme, ce diverticule en forme de bourse n'existe pas. Ses résultats sont donc d'accord avec ceux de Ganghofner. Dans la plupart des cas, à la place où Luschka a décrit l'ouverture de la bourse qui porte son nom, c'est-à-dire sur la ligne médiane, à l'extrémité postérieure de la tonsille pharyngienne, on trouve une dépression de la muqueuse. Cette dépression, peu accentuée, et plus ou moins nette (elle manque quelquefois) ne s'enfonce jamais dans la profondeur, et à son niveau le fibro-cartilage sous-jacent ne présente aucune modification ni dans sa direction ni dans son agencement. Elle représente d'ailleurs la terminaison inférieure du sillon médian que l'on observe sur toutes les tonsilles pharyngiennes normales, ou bien elle est formée par la jonction des extrémités des sillons latéraux qui convergent tous en un point vers le sillon médian.

Les cavités plus ou moins bien isolées que l'on observe parfois chez l'adulte doivent être considérées comme d'origine pathologique, et la bourse, au sens de Luschka, doit être interprétée de la même façon, en admettant que les deux lèvres du sillon médian formé par deux bourrelets longitudinaux et parallèles se soudent. Il en résulte alors un canal, dont les dimensions varient suivant l'étendue de la soudure et suivant le degré de développement du sillon primitif.

Enfin Schwabach termine son travail par quelques considérations relatives à la signification de cette fossette pharyngienne qu'il propose, d'accord avec Ganghofner, d'appeler *recessus pharyngien médian*. Rejetant l'opinion de Luschka qui en faisait un vestige de la poche hypophysaire de Rathke, il semble se rattacher aux vues de Durcey et de Frieriep, pour lesquels ce recessus résulterait d'une connexion très intime, lors des premiers stades embryonnaires, entre l'épithélium pharyngien et les cellules de la portion rétropharyngienne de la corde dorsale.

**Rhinite fibrineuse**, par HARTMANN. (*Deutsche Med. Wochenschrift*, 1887, n° 29.)

Hartmann a observé 6 cas de rhinite fibrineuse chez des enfants de 3 à 9 ans. L'exsudat fibrineux de couleur blanc jaunâtre oblitérait tout le nez. Il était assez adhérent pour ne pas

être enlevé quand le malade se mouchait, mais cédait facilement aux tractions directes. Dans un cas, Hartmann put enlever toute la membrane d'une seule pièce. Au-dessous il n'y avait jamais d'ulcérations. L'exsudat se reproduisait assez vite après avoir été enlevé, mais au bout d'une quinzaine de jours l'affection se transformait en catarrhe simple et évoluait vers la guérison. Elle ne se propagea jamais à l'appareil respiratoire; elle s'accompagna assez souvent d'angine, mais d'angine simple, sans fausses membranes.

Hartmann croit qu'il s'agit d'une affection toute distincte de la diphthérie. Comme traitement, il recommande d'enlever le plus souvent possible l'exsudat et de faire des insufflations de poudre d'iodoforme.

A.-F. FLICQUE.

**Manifestations nerveuses et névralgiques accompagnant les maladies du nez et du pharynx, par ZIEM. (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*, n<sup>os</sup> 8 et 9, 1886.)**

On sait la fréquence des douleurs névralgiques, des phénomènes nerveux dans les affections naso-pharyngiennes. Aussi Ziem, dans ce travail consciencieux, s'efforce-t-il d'apporter quelques éclaircissements à la question. Depuis quelque temps, cet auteur a touché, toujours avec succès et une légitime autorité, un certain nombre de points controversés de la pathologie nasale. Nous avons eu déjà plusieurs fois l'occasion d'analyser ses travaux. Mais ils sont tellement minutieux, ponctuels dans les moindres détails, que notre tâche est délicate, et sommes-nous forcés de nous contenter d'indications malheureusement trop sommaires, renvoyant le lecteur qui désirerait avoir plus amples renseignements au mémoire original. Les névralgies ne connaissent pas d'ordinaire pour origine les affections des fosses nasales, et, si l'on excepte les maladies ulcéreuses s'accompagnant de carie ou de nécrose, on doit en général penser à une lésion des séreuses voisines.

Voici la séméiologie et la modalité que revêtent les névralgies en pareil cas :

*La névralgie ciliaire, les douleurs de l'angle interne de l'œil dans le coryza, relèvent de troubles circulatoires.*

*La douleur du vertex, avec sensation de poids, accuserait pour cause une congestion du sinus longitudinal supérieur et de la veine émissaire pariétale, et sans doute aussi une stase lymphatique.*

*La douleur occipitale occupant la nuque est surtout l'apanage*



des affections du rétropharynx. Le rameau pharyngé du vague serait en jeu. Les douleurs, presque constantes dans les kystes de la bourse pharyngée, seraient dues à la compression, par la tumeur kystique, des nerfs droits antérieurs de la tête entre lesquels est située cette bourse.

*Les douleurs névralgiques dans les parties éloignées* sont plus difficiles à expliquer, peut-être; c'est là une simple hypothèse, à laquelle l'auteur nous semble même tenir un peu trop; peut-être faut-il y voir une origine infectieuse, métastatique, dont la source serait une suppuration méconnue des sinus voisins du nez.

*Le vertige, l'inaptitude au travail intellectuel* sont imputables à des troubles de circulation cérébrale dans les cas d'obstruction du nez.

*Les cauchemars, les peurs, l'épilepsie* sont consécutifs à l'intoxication par l'acide carbonique, par suite de stase veineuse et lymphatique.

*L'œsophagisme, la toux, la sensation de boule hystérique*, sont souvent liés aux maladies du rétropharynx et des fosses nasales, au moins dans leur partie postérieure.

L'hypertrophie des amygdales s'accompagne souvent d'aphonie. On a rattaché cette dernière à l'ordre des manifestations d'origine réflexe. Ce n'est pas le sentiment de Ziem. Il s'agirait du surmenage et de la fatigue des muscles du larynx et du pharynx, excès de travail résultat de l'obstacle apporté à la phonation et à la déglutition par la tuméfaction des amygdales obstruant l'isthme du gosier.

On a rattaché à la tuméfaction périodique de la pituitaire les accès d'éternuement que l'on observe chez certaines personnes et dont on a fait quelquefois des formes frustes d'accès d'asthme.

P. T.

**Tumeurs tuberculeuses du nez**, par SCHÄFFER et NASSE. (*Deutsche Med. Woch.*, 1887, n° 15; in *Journ. of Laryng by M. Mackenzie*, n° 6, 1887.)

Huit cas chez des gens prédisposés à la tuberculose; dans tous, la tumeur siégeait sur la cloison, était de grosseur différente, jusqu'à celle d'une noix; saignait facilement; le milieu était dur, la circonférence molle. Après opération, récurrence fréquente, ulcérations pouvant perforer la cloison. Malgré un traitement énergique, on ne peut jamais avoir de guérison complète. Bacilles peu abondants dans deux tumeurs examinées; stroma

fibreux, nombreux tubercules petits et confluent; d'autres en-droits caséeux.

R. L.

**Opération des polypes des Choanes**, par LANGE V, de Copenhague. (*Deutsche Med. Woch.*, 1887; in *Journ. of laryng by M. Mackenzie*, n° 6, 1887.)

Lange a obtenu de bons résultats en se servant d'un crochet mousse pour des polypes difficiles à opérer par une autre méthode.

R. L.

**Opération de tumeur sarcomateuse de la partie postérieure des fosses nasales**, par DUFFIELD (*Med. News*, 23 avril 1887; in *Journ. of laryng. by M. Mackenzie*, n° 6, 1887.)

Opérateur : le Dr Wahl, de Dorpat. Incision du nez en travers au lieu de le fendre par le procédé de Mott, suivant l'articulation des os du nez avec le frontal, puis descendant à droite, suivant l'articulation avec le maxillaire, articulation avec le frontal traversée avec le ciseau et le maillet, nez retourné sur la joue; par cette ouverture bien suffisante, la tumeur fut retirée par morceaux avec la curette; le nez fut ensuite remis en place et suturé. Deux jours après, le malade, guéri, n'était nullement défiguré.

R. L.

**Pince pour l'ablation des végétations adénoïdes naso-pharyngiennes**, par SCHUTZ, de Mannheim (*Centralbl. f. Chir. u. Orthopæd. Mechan.* 1886; in *Journ. of laryng. by M. Mackenzie*, n° 7, 1887.)

Cet instrument diffère de toutes les autres pinces coupantes (Læwenberg, Vibich, Mackenzie, Catti, Michael). Il coupe en arc de cercle et les deux anneaux tranchants coupent les excroissances d'arrière en avant; Schutz dit pouvoir enlever avec cet instrument, les tumeurs en une séance.

R. L.

**Traitement de l'épistaxis par contre-irritation de la région hépatique**, par HARKIN, de Belfast. (*Lancet*, may 7, 1886; in *Journ. of laryng. by M. Mackenzie*, n° 8, 1887.)

Ce moyen préconisé par le professeur Verneuil a réussi à l'auteur dans plusieurs cas, avant et depuis qu'il eut connaissance des recherches du chirurgien français.

R. L.

**Sur la courbure de la cloison du nez**, par SCHANS. (*Langenbeck's Arch.*, B. 35, Heft 151; in *Journ. of laryng. by M. Mackenzie*, n° 8, p. 294, 1887.)

L'auteur a constaté le plus souvent une différence concomi-

tante de l'étendue de la cavité des deux narines; quelquefois on a pu confondre une exostose du vomer avec la courbure du vomer, malformation concordant souvent avec une courbure généralisée au crâne tout entier, palais, position des dents, etc.

R. L.

**Fatigue précoce de la voix (mogiphonie de B. Frankel)**, par BRESGEN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 19, 1887; in *Journ. of laryng.* by M. Mackenzie, n° 8, p. 308, 1887.)

La plupart des cas sont reliés avec des affections du nez dont le traitement est le meilleur moyen de guérir l'altération de la voix; il n'y a pas de trouble d'origine réflexe, mais simplement obstacle mécanique à la respiration par le nez qui fatigue les malades en rendant pénible la production des sons. R. L.

**Tuberculose des amygdales**, par LUBLINSKY. (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*, 1887, n° 9.)

Lublinsky a observé deux cas de cette affection rare. Les deux malades étaient tous deux atteints de phthisie pulmonaire et laryngée. Les ulcérations des amygdales variaient du volume d'une tête d'épingle à une lentille; leur contour était arrondi; leurs bords à pic légèrement surélevés un peu rouges. Leur surface était recouverte de détritus gris brunâtre. Les produits de sécrétion renfermaient de nombreux bacilles. Chez un des malades, on enleva un fragment de l'amygdale. Le tissu était infiltré de cellules rondes nombreuses et de très grosses cellules géantes à noyaux multiples. Bacilles abondants.

L'un des malades fut traité par les insufflations d'iodol, qui calmèrent assez bien les douleurs. Comme les ulcérations s'accroissaient, on pratiqua des cautérisations au galvanocautère. On put ainsi obtenir la cicatrisation. Ce succès n'était d'ailleurs que purement local.

L'autre malade ne put être traité que par l'iodol. Des ulcérations se développèrent sur la luette et le voile du palais, entraînant une très grande gêne de la déglutition. Mort rapide.

L'affection dans les deux cas était secondaire. Cette localisation secondaire de la tuberculose serait fréquente, d'après Shachmann, qui l'a rencontrée 13 fois sur 21 cas d'autopsies de tuberculeux. Mais elle donne rarement lieu à des symptômes cliniques, ce qui tient peut-être à la texture de l'amygdale dont le tissu conjonctif très abondant encapsule le foyer primitif.

Lublinsky ne connaît pas d'exemple de tuberculose primitive

de l'amygdale chez l'homme. Mais Baumgarten, en faisant prendre à des animaux du lait tuberculeux, a vu se développer des abcès bacillaires de l'amygdale comme première lésion. Ces abcès constituaient dans ces cas la porte d'entrée. A.-F. PLICQUE.

**Sarcome du pharynx, enlevé par excision partielle et désarticulation du maxillaire inférieur**, par LANGE. (*Med. News*, 19 mars 1887; in *Journ. of laryng by M. Mackenzie*, n° 6, 1887.)

Longue et difficile opération; guérison avec paralysie de la lèvre. Trachéotomie préalable, incision le long du bord interne du sterno-mastoidien, une autre horizontale le long de l'arcade zygomatique, découvrant l'angle de la mâchoire dont l'ablation par la méthode sous-périostée permit d'atteindre la tumeur. R. L.

**Iodol : sa substitution à l'iodoforme**, par WOLFENDEN, B. NORRIS. (*Practitioner*, vol. XXXVIII, n° 5, 1887; in *Journ. of laryng. by M. Mackenzie*, n° 7, 1887.)

Dégage plus rapidement que l'iodoforme son contenu en iode; il n'est pas toxique, n'a ni odeur, ni goût; est excellent pour les ulcérations de la bouche, du pharynx, du larynx, du nez, l'ozène, les ulcérations scrofuleuses, spécifiques, etc. L'auteur confirme les guérisons de phthisie laryngée, obtenues par Lublinski, par des insufflations quotidiennes d'iodol. R. L.

**Goitre avec tumeurs secondaires du crâne**, par JOSEPH COATS (*Path. Soc. of Lond.*, 5 avril 1887; in *Journ. of laryng. by M. Mackenzie*, n° 7, 1887.)

Hypertrophie considérable des deux lobes du corps thyroïde. Le tissu était celui d'un goitre ordinaire, sauf deux altérations indiquant la chronicité : l'infiltration fibreuse et l'infiltration calcaire. Le goitre fut remarqué pour la première fois seize ans avant la mort. Il y eut plusieurs tumeurs crâniennes, une seule visible pendant la vie et observée pendant un an et demi; elle était dans la région occipitale et y formait une tumeur pulsatile; elle recouvrait l'os sur une surface de  $\frac{3}{4}$  de pouce de diamètre et s'étendait en dedans et en dehors repoussant le pressoir d'Hérophile. Une autre tumeur était surtout projetée en dedans et adhérait à la dure-mère. Toutes semblaient naître du diploé; leur structure, identique à celle du goitre, consistait en innombrables saccules munis d'un épithélium, à contenu colloïde. Coats rappelle un cas de Cohnheim de même nature et un de Wölfler, dans lequel une tumeur au-dessus de l'œil et enlevée

par Billroth pendant la vie, présenta la structure type du goitre, dont le malade était également affecté.

R. J. Godlee, dans un cas de tumeurs pulsatiles du pariétal gauche avec extension à la clavicule droite et aux deux fémurs chez un goitreux, a aussi constaté l'identité du tissu.

H. R. Turner mentionne un goitre avec tumeurs secondaires dans les poumons.

R. L.

**Tumeur maligne de l'amygdale**, par H. GRAY CROLAY. (In *J. of M. Mackenzie*, n° 7, 1887.)

Deux cas de sarcome primitif : le premier chez un garçon de 17 ans; tumeur envahissant l'amygdale gauche et le voile; début comme une amygdalite ordinaire; on crut à un abcès et on l'incisa sans qu'il sortit de pus; il survint de la dyspnée et de la dysphagie; l'espace digastrique gauche devint œdématisé; sur le conseil de sir James Paget, on fit l'ablation par la bouche après trachéotomie préalable. Soulagement, mais récurrence rapide; au thermocautère, on excisa la tumeur en contournant l'angle de la mâchoire, puis on enleva l'amygdale et les végétations sur le palais; c'était un sarcome à cellules rondes. Récurrence rapide, mort six mois après le début de l'affection. Le deuxième cas est celui d'un homme de 50 ans. Sarcome limité à l'amygdale, infiltration des ganglions cervicaux; refus d'opérer; mort par hémorrhagies répétées.

R. L.

**Syphilis et cancer**, par LANG, d'Innbruck (*Wiener med. Blatter*, n° 41 et 42, 1886; *Internat. Centralbl.*, 1887).

Hutchinson, von Langenbeck ont déjà apporté des observations où le cancer s'était développé au sein d'une infiltration syphilitique. C'est principalement à la langue qu'on a rencontré ces faits. Lang a vu une ulcération cancéreuse de l'arrière-bouche se développer sur une infiltration syphilitique.

Dans deux cas, il put même suivre histologiquement cette transformation. Dans le premier, déjà publié dans ses leçons sur la « Pathologie et le traitement de la syphilis » (Wiesbaden), on voit la coexistence des deux produits morbides dans toute leur évolution, tandis que, dans le second, dans l'intérieur d'une infiltration très étendue d'origine syphilitique de la lèvre inférieure, on voit les premières traces d'une prolifération épithéliale atypique portant néanmoins déjà le cachet d'une tumeur destructive.

Aussi Lang insiste sur la difficulté en pareil cas du diagnostic différentiel.

P. T.

**Maux de gorge dus au gaz d'éclairage**, par CORFIELD. (*Soc. of med. officers of health*, 5 avril 1887; in *Journ. of laryng. by M. Mackenzie*, n° 6, 1887.)

L'auteur a vu de nombreux cas de maladie, même d'ulcérations de la gorge, dus à la présence d'appareils à gaz défectueux dans les habitations, et guérissant après des réparations convenables du système d'éclairage. Il croit que l'agent qui irrite la gorge est le bisulfite de carbone et d'autres composés sulfurés du gaz.

R. L.

**Amygdalite folliculaire et péritonite idiopathique**, par FRÖHLICH. (*Deutsche Med. Ztg.*, n° 73, 1887, in *Journ. of Morell Mackenzie*, n° 8, p. 288, 1887.)

Un musicien est pris d'amygdalite; hypertrophie de la rate, péritonite, mort malgré un traitement énergique. L'auteur se coupe au doigt à l'autopsie; le lendemain lymphangite et adénite graves du bras blessé, état général grave avec accompagnement d'amygdalite folliculaire; cette dernière localisation atteint la femme de Frohlich et un assistant qui s'était également blessé à l'autopsie; tous trois guérissent. Le même micro-organisme semble donc avoir causé la péritonite et l'amygdalite; ce cas est le plus net de tous ceux analogues encore publiés. L'examen bactériologique n'a pu être fait.

R. L.

## INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

### AMÉRIQUE

#### Oreille.

Polypes de l'oreille et leur traitement, par J. R. Brigg (*Amer. pract. and News*, 1<sup>er</sup> octobre 1887).

Traitement des suppurations de l'oreille, par Cheatham (*Amer. pract. and News*, 15 oct. 1887).

Polype de la caisse sans perforation du tympan, par Eitelberg (*Arch. of otology*, sept. 1887).

Nécrose du limaçon, par Hartmann (*Arch. of otology*, sept. 1887).

Représentation graphique des résultats obtenus par l'examen de l'oreille avec le diapason, par Hartmann (*Arch. of otology*, sept. 1887).

Effet des hautes pressions atmosphériques sur l'oreille, par S. Sexton (*N. Y. Med. Record*, 10 déc. 1887).

Un cas inaccoutumé de tympanophonie, par Rumbold (*Saint-Louis Med. and Surg. J.*, déc. 1887).

Sarcome de l'oreille, par Previtt (*Journ. of Amer. med. Ass.*, 17 déc. 1887).

Régurgitation de lait par l'oreille, observation unique, par Hendrix (*Saint-Louis Med. and Surg. J.*, déc. 1887).

Traitement de l'otorrhée, par S. Bishop (*Journ. of Amer. med. Ass.* 3 déc. 1887).

Emploi de l'incision au lieu de sangsues dans quelques maladies aiguës de l'oreille, par Gorham Bacon (*N. Y. Med. Journ.*, janvier 1888).

Trepanation de l'apophyse mastoïde gauche, par Ferrer (San Francisco, *Soc. of Germ. Phys. in Pacific med. and Surg. Journ. and Western Lancet*, août 1888).

Invasion bactérienne de l'oreille interne dans le cours de la diphtérie, par Moos (*Arch. of otology*, mars 1888).

Fistule branchiale coïncidant avec une malformation particulière de la membrane du tympan, par Ole Bull (*Arch. of otology*, mars 1888).

Contribution à l'anatomie de l'oreille, par A. Barth (*Arch. of otology*, mars 1888).

Affection labyrinthique bilatérale pendant une méningite cérébro-spinale, par H. Steinbrügge (*Arch. of otology*, mars 1888).

Diphtérie de l'oreille, par Barclay (*Weekly med. Rev.*, 12 nov. 1887).

Opérations dans les maladies de l'apophyse mastoïde, par S. Bishop (*Journ. of Amer. med. Ass.*, 12 nov. 1887).

Relevé statistique de 5,700 cas de maladies de l'oreille par âge, sexe, professions des malades, par S. Bishop (*Journ. of Amer. med. Ass.* 17 déc. 1887).

Progrès de l'otologie, par C. S. Bull (*N. Y. med. Journ.*, 17 déc. 1887). Particularités de l'oreille du nègre, par X... (*Weekly Med. Review*, 31 déc. 1887).

Des affections nasales dans les maladies de l'oreille, par J. O. Tansley (*N. Y. Med. Journ.*, 17 déc. 1887).

Revue d'otologie, par Stedman Bull (*N. Y. Med. Journ.*, 17 déc. 1887). Cas rares d'affections de l'oreille, par F. Dudley Beane (*N. Y. Med. Journ.*, 28 janv. 1888).

Traitement de l'inflammation purulente de l'oreille moyenne et ses suites, par Ch. J. Kipp (*Trans. N. Y. med. Soc.*, 1887, p. 51).

Des causes des affections non suppurantes de l'oreille moyenne et des meilleurs méthodes de les guérir, par G. W. Webster (*Weekly med. Rev.*, 6 août 1887, p. 146).

Un cas d'abcès du cerveau consécutif à l'otorrhée, autopsie, par Barck (*Trans. med. Ass. State of Missouri*, 1887, p. 121).

Maladie labyrinthique dans un cas de leucémie, par Steinbrügge (*Arch. of otology*, mars 1888).

Cas de carcinome de l'oreille, ayant son origine probable dans le tympan ou l'antre mastoïde, par Gorham Bacon et A. T. Muzzy (*Arch. of otology*, mars 1888).

Fonction du limaçon, par Moos et Steinbrügge (*Arch. of otology*, mars 1888).

Les élèves de l'Institution des sourds-muets de Ludwigslust, par Ch. Lemcke (*Arch. of otology*, mars 1888).

Quelques réflexions pratiques sur les corps étrangers de l'oreille, par R. H. Lewis (*Trans. med. Soc. of N. C.*, 1887, p. 53).

Affection des cellules mastoïdiennes, par S. E. Munford (*Progress*, juillet 1887, p. 9).

Otite moyenne aiguë, par D. C. Thompson (*Progress*, août 1887, p. 62).

Du tintement d'oreille, par J. H. Claiborne (*N. C. med. Journ.*, sept. 1887, p. 443).

Quelques particularités de la trompe d'Eustache dans certaines affections de l'oreille, par O. D. Pomeroy (*N. Y. Med. Rec.*, 18 févr. 1888).

De la possibilité de déterminer quelques rapports topographiques importants sur l'os temporal d'après la forme du crâne, par Otto Kerner (*Arch. of otology*, vol. XVI, n° 4, 1887).

Négligence des soins du naso-pharynx comme cause d'un échec dans le traitement de la suppuration chronique de l'oreille, par W. A. Dayton (*Arch. of otology*, vol. XVI, n° 4, 1887).

Progrès de l'otologie durant la première moitié de l'année 1887, par A. Hartmann et E. Schulte (*Arch. of otology*, mars 1888).

Nécessité de la vigilance vis-à-vis des complications de l'oreille dans les maladies infectieuses, par A. Dayton (*The Post graduate, the Journ. of the N. Y. P. G. med. School*, janv. 1888, p. 1).

Syncope consécutive aux injections d'eau dans l'oreille, par G. Sherard (*The Post graduate, the Journ. of the N. Y. P. G. Med. School*, janv. 1888, p. 14).

Corps étrangers du conduit auditif, par C. Barck (*The Internat. Med. and Surg. synopsis*, avril 1888, p. 225).

Otalgie, par C. W. Tangeman (*Cincin. Med. and dent. J.*, 15 avril 1888, p. 221).

Conseils aux oreilles défectueuses à la suite d'expériences sur les sourds-muets, par L. Turnbull (*Med. Bull. Phil.*, avril 1888, p. 119).

Otalgie des enfants et son traitement, par B. Babcock (*South. Calif. pract.*, févr. 1888, p. 47).

Abcès cérébral probable à la suite d'une otite moyenne suppurée, par Mc Clary (*Denver Med. Times*, mai 1888, p. 471).

Fréquence relative des maladies d'oreille chez les races blanches et de couleur des Etats-Unis, par Swan M. Burnett (*Arch. of Otology*, vol. XVI, n° 4, 1887).

Nécrose du labyrinthe et paralysie du nerf facial, par F. Bezold (*Arch. of Otology*, vol. XVI, n° 4, 1887).

Des progrès de l'otologie durant la première moitié de l'année 1887, par A. Barth, A. Hartmann et E. Schulte (*Arch. of Otology*, vol. XVI, n° 4, 1887).

Instruments otologiques, par Russell Murdoch (*N. Y. Med. J.*, 18 février 1888).

Abcès du cerveau consécutif à une maladie d'oreille, par Th. C. Smith (*Journ. am. med. Assoc.*, p. 207, 18 février 1888).

Douleurs d'oreilles et leur traitement, par Meirhof (*Daniel's Texas med. Journ.*, p. 172, novembre 1887).

Deux cas de complications de l'otite moyenne purulente, par J. Oliver (*Cincinnati Lancet Clinic.*, p. 612, 19 novembre 1887).

De la valeur du nitrite d'amyle dans les bourdonnements d'oreilles, par Lautenboch (*Phil. Med. Times*, p. 202, 1<sup>er</sup> janvier 1888).

132 cas de surdi-mutité examinés à l'Institution des sourds-muets et des aveugles à Berkeley Cal, par A. Barkan, 1884.

Politzométrie (Politzo-meter) par Ch. Princee (*Trans. Ill. State med. Soc.*, 1887, 16 v.).

De l'otophone, son histoire, description de ses diverses formes et de sa valeur pour aider à la restauration de l'ouïe et à l'instruction et au développement de l'ouïe et de l'articulation chez les sourds-muets, par J. A. Maloney (*Arch. of Otology de N. Y.*, p. 177, septembre 1887).

Otite moyenne purulente, par S. Bishop (*Progress Louisville Ky*, p. 239, décembre 1887).

Kératose obturante, amas épithéliaux du conduit auditif externe, par S. Latimer Philipps (*Atlanta Miss*, p. 597, décembre 1887).

Des parasites végétaux (Mushrooms) de l'oreille, par A. D. Williams (*St-Louis Med. Soc. the Weekly med. Review*, 16 mars 1888).

Erysipèle de l'oreille, par M. Thorner (*Cincinnati Lancet Clin.*, 4 février 1888).

Diagnostic des maladies de l'oreille sans instruments, par Huntington Richards (*N. Y. Med. Rec.*, 31 mars 1888).

Traitement de l'oreille dans la diphthérie, par A. D. Williams (*St Louis Med. and Surg. Journal*, avril 1888).

Syphilis de l'oreille moyenne, externe et interne, par Jones (*St Louis Cour. of Med.*, avril 1888).

Syncope consécutive à une injection d'eau dans l'oreille, par S. G. Sherard (*Weekly Med. Review*, 21 avril 1888).



Traitement des troubles de l'oreille moyenne, par *exhaustion* et l'insufflation, par Savage (*Med. register Phil.*, p. 563, décembre 1887).

Parallèle de l'atrophie de l'appareil de conduction de l'oreille et de l'arthrite déformée progressive, par S. O. Richey (*Journal New and mental diseases N. Y.*, p. 103, février 1888).

Un cas de nécrose du temporal, extirpation du labyrinthe, guérison, par J. L. Jack (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 29 mars 1888).

Vertige labyrinthique, par Miles (*Baltimore med. Acad. in J. of amer. med. Ass.*, 24 mars 1888).

Inflammation furonculaire de l'oreille externe par Philipps (*Atlanta Med. and Surg. Journ.*, avril 1888).

Diagnostic différentiel entre les affections périphériques et centrales de l'oreille, par St John Roosa (*Medic. News*, 21 avril 1888).

Sur le diagnostic différentiel de certaines maladies de l'oreille au moyen du diapason, par O. D. Pomeroy (*N. Y. Med. Journ.*, 23 juin 1888).

Traitement de l'inflammation purulente chronique et aiguë de l'oreille moyenne, par L. Turnbull (*Philad. County Med. Soc.*, 25 avril 1888; in *N. Y. Med. Journ.*, 23 juin 1888).

### Larynx et trachée.

Une épingle ayant séjourné trois semaines dans le larynx, par Bayne (*Journ. of the am. med. Ass.*, octobre 1887).

Cancer du larynx, par Johanson (*N. Y. med. Journ.*, 24 septembre 1887).

Vues récentes sur la pathologie et traitement de la tuberculose de la gorge et du larynx, par Lennox-Browne (*N. Y. Med. Journ.*, 1<sup>er</sup> octobre 1887).

Affections de l'articulation crico-aryténoïdienne, par G. W. Major (*N. Y. Med. Journ.*, 24 septembre 1887).

Un cas de sténose laryngée traitée par la divulsion et la dilatation progressive, par J. Morris Asch (*N. Y. Med. Journ.*, 22 octobre 1887).

Traitement des abcès intra-laryngés consécutifs à une névrose des cartilages, par J. Solis Cohen (*Med. News*, 24 décembre 1887).

Aspect du larynx près de 20 ans après l'extirpation d'un épithélioma par la voie externe, par J. Solis Cohen (*Med. News*, 3 décembre 1887).

Laryngite rhumatismale, par Fletcher Ingals (*Amer. J. of med. sc.*, janvier 1888).

Effets des différents modes de stimulation sur les nerfs récurrents, par Porter (*Weekly med. Rev.*, 24 décembre 1887).

Excision du larynx pour une tumeur maligne, par Porter (*Weekly med. Rev.*, 24 décembre 1887).

Laryngite tuberculeuse, par H. Swain (*N. Y. Med. J.*, 17 décembre 1887).

Traitement chirurgical de 6 cas de cancer du larynx, par Clinton Wagner (*N. Y. Med. Rec.*, 26 novembre 1887).

Causes constitutionnelles des affections de la gorge, par S. W. Langmaid (*N. Y. Med. Journ.*, 24 décembre 1887).

Extirpation d'une aiguille ayant séjourné deux ans dans le larynx, par Langmaid (*N. Y. Med. Journ.*, 24 décembre 1887).

Cas de laryngotomie après intubation, par H. Hance (*Philad. Med. News*, juin 1887).

Trachéotomie et intubation, par H. H. Mudd (*Journ. of Am. Med. Ass.*, 25 juin 1887).

Analyse de 50 cas de croup traités par l'intubation du larynx, par J. O. Dwyer (*N. Y. Med. J.*, 14 janvier 1888).

Trois cas d'intubation du larynx dans la diphtérie. Guérison, par W. Cheabam (*Am. Pract. News*, 24 décembre 1887).

Structure et fonction du muscle thyro-aryténoïdien, par Jacobson (*Weekly Med. Review*, 31 décembre 1887).

Quelques causes de troubles vocaux, par H. Schweig (*N. Y. Med. Journ.*, 28 janvier 1888).

Sténose laryngienne consécutive à un goitre. Opération. Guérison, par G. H. Bosley (*N. Y. Med. Journ.*, 28 janvier 1888).

Extirpation d'une tumeur laryngienne datant de 25 ans, par C. A. Todd (*St Louis Courier of Med.*, janvier 1888).

Extirpation des tumeurs laryngiennes avec le serre-nœud de O'Dwyer chez les enfants, par C. C. Rice (*Med. Soc. of the State of N. Y. Med. J.*, 11 février 1888).

Tubage du larynx. Asphyxie par suite de l'obstruction du tube, par W. C. Deming (*N. Y. Med. Rec.*, 18 février 1888).

Intubation du larynx chez un adulte. Exhibition de nouveaux instruments, par J. O'Dwyer (*Med. Soc. of the State of N. Y. Med. J.*, 18 février 1888).

Intubation dans la sténose chronique du larynx avec 5 cas, par J. O'Dwyer (*N. Y. Med. J.*, 10 mars 1888).

Fumigations mercurielles dans la laryngite diphthéritique, par J. Corbin (*N. Y. Med. J.*, 10 mars 1888).

Corps étranger (cockle-bur) dans le larynx, par W. C. Glasgow (*St Louis Med. Chir. Soc., St Louis Courier of Med.*, mars 1888).

Epithélioma du larynx, par Bryson Delavan (*N. Y. Med. Rec.*, 31 mars 1888).

40 cas d'intubation du larynx avec remarques, par J. V. Pinkham (*N. Y. Med. J.*, 17 mars 1888).

Note sur la physiologie des nerfs récurrents, par Frank Donaldson (*N. Y. Med. J.*, 17 mars 1888).

Fistule de la trachée, par Bryson Delavan (*N. Y. Clin. Soc. in N. Y. Med. J.*, 17 mars 1888).

Laryngite syphilitique tertiaire. Trachéotomie. Guérison, par Waldo Briggs (*St Louis Med. and Surg. Journal*, avril 1888).

Une question concernant la trachéotomie, par E. A. Lewis (*Brooklyn Med. Journ.*, mars 1888).

Intubation et trachéotomie, par W. Porter (*Weekly Med. Review*, avril 1888).

Trachéotomie dans l'empoisonnement par la morphine, par B. Lewis (*St Louis med. Soc. in Weekly Med. Review*, 14 avril 1888).

Œdème aigu de la glotte. Intubation. Guérison, par G. Meier (*N. Y. Med. Rec.*, 5 mai 1888).

Un simple tube à trachéotomie, par A. Meisenbach (*Weekly Med. Review*, 5 mai 1888).

Syphilis du larynx, par W. Cheatham (*Louisville Surg. Soc.*, 6 février; in *Amer. pract. News*, 3 mars 1888).

Fracture du larynx, par M. Howard Fussell (*Med. News*, 17 mars 1888).

Traitement chirurgical de la laryngite pseudo-membraneuse, par J. D. Rushmore (*N. Y. Med. Journ.*, 19 mai 1888).

Trachéotomie sans canule, par T. Addis Emmet (*N. Y. Med. Journ.*, 2 juin 1888).

Cancer du larynx (*Leading article*, in *N. Y. Med. J.*, 2 juin 1888).

Un cas de développement du corps thyroïde produisant une sténose trachéale, par Cuvier R. Marshall (*N. Y. Med. J.*, 7 juillet 1888).

Tubes à intubation, par J. O'Dwyer (*Philad. County Med. Soc.*, séance du 23 mai, in *N. Y. Med. J.*, 30 juin 1888).

#### Nez.

Note sur une cause fréquente de l'hémorragie du nez, par Beverley Robinson (*N. Y. Med. Journ.*, 24 septembre 1887).

Traitement du coryza atrophique par les applications de courants galvaniques, par Bryson Delavan (*N. Y. Med. Journ.*, 22 octobre 1887).

Sur l'étiologie des déviations de la cloison du nez, par Bryson Delavan (*N. Y. Med. Journ.*, 12 novembre 1887).

Irregularités de la cloison du nez sans déviation comme facteur étiologique du catarrhe du nez, par Hintrel Whitehill (*N. Y. Med. Journ.*, 1<sup>er</sup> octobre 1887).

Méthode ingénieuse pour enlever les polypes du nez, par Kemp P. Battle (*N. Y. Med. Rec.*, 1<sup>er</sup> octobre 1887).

Etude comparative des meilleurs modes de traitement pour guérir l'occlusion des fosses nasales postérieures, par A. Mac Coy (*N. Y. Med. J.*, 22 octobre 1887).

Du coryza chronique comme cause de l'acné de la face, par Seiler Carl (*Journ. of Amer. med. Ass.*, 5 novembre 1887).

Rhinoplastie par la méthode indienne, par J. Hamilton (*Journ. of Am. med. Ass.*, 10 décembre 1887).

Action des médicaments caustiques sur la muqueuse nasale, par F. H. Bosworth (*Med. Soc. of the State of N. Y.*, in *N. Y. Med. J.*, 11 février 1888).

Échoudroses de la cloison et leur extirpation, avec 5 planches, par C. Seiler (*N. Y. Med. Rec.*, 18 février 1888).

Seic nasale électrique, par J. O. Roe (*N. Y. Med. J.*, 4 février 1888).

Intubation du nez, par D. H. Goodwillie (*N. Y. Med. J.*, 4 février 1888).

Emploi des caustiques dans les fosses nasales, par F. H. Bosworth (*N. Y. Med. J.*, 10 mars 1888).

Des larves dans les fosses nasales, par Todd (*St Louis Med. chir. Soc.*, *St Louis Courier of Med.*, mars 1888).

Ciseaux pour opérations intranasales, par F. H. Potter (*Buffalo Med. and Surg.*, mars 1888).

La résorption des cornets comme maladie incurable, par A. D. Williams (*St Louis Med. and Surg. Journ.*, avril 1888).

Indications du traitement chirurgical de la déviation de la cloison nasale, avec analyses de 100 cas, par W. C. Jarvis (*Med. Soc. of N. Y.*, in *N. Y. Med. Rec.*, 28 avril 1888).

Végétations adénoïdes chez les enfants. Diagnostic et traitement, par F. H. Hooper (*Boston med. and Surg. Journ.*, 15 mars 1888).

Le microscope dans le diagnostic de quelques cas de fièvre de foin, par S. Lockwood (*N. Y. Microsc. Soc.*, in *St. Louis med. and Surg. J.*, mai 1888).

Fibrome nasal, par Casselberry (*Journ of amer. med. Ass.*, 21 avril 1888).

L'électrolyse comme traitement des néoplasmes des fosses nasales et du pharynx, par S. Campbell (39<sup>e</sup> Congrès de l'Assoc. méd. amér. tenu à Cincinnati, mai 1888).

Usage de l'acide chromique dans les cavités nasales, par Bosworth (*N. Y. med. J.*, 19 mai 1888).

### Pharynx et varia.

Un cas de leucoplasie buccale, guérison, par Glasgow. (*N. Y. med. Journ.*, 22 octobre 1887).

Le galvano-cautère dans le traitement de l'hypertrophie des amygdales, par C.-H. Knight. (*N. Y. med. Journ.*, 24 septembre 1887).

Gastrotomie pour extraire un corps étranger de l'œsophage, par W. Bull (*N. Y. med. J.*, 29 octobre 1887).

Papillomes de la lèvre, par F. French (*N. Y. med. Rec.*, 31 déc. 1887).

Un cas d'adhérence complète du voile du palais au pharynx. Opération pour la guérir, par H. Griffin (*N. Y. med. Rec.*, 11 janvier 1888).

- Hémorragie tonsillaire mortelle, par Hall. (*Boston med. Surg. J.*, 22 déc. 1887.)
- Abscès rétro-pharyngien, par Fletcher Ingals. (*Cincinnati Lancet*, 31 déc. 1887.)
- Importance du traitement local dans la diphthérie, par W. Porter. (*N. Y. med. J.*, 19 nov. 1887.)
- Traitement local de la diphthérie, par L. H. Richmond. (*N. Y. med. J.*, 10 déc. 1887.)
- Extirpation de la tonsille linguale avec cas, par J. W. Gleitsmann. (*N. Y. med. Rec.*, 17 déc. 1887.)
- Névrite multiple consécutive à la diphthérie; paralysie; ataxie et difformité particulière du cou, par J. W. Rosenwelt. (*N. Y. med. Journ.*, 14 janvier 1888.)
- Diphthérie, par C. H. Hughes. (*Weekly med. Review*, 14 janvier 1888.)
- Diphthérie, par W. Porter. (*Weekly med. Review*, 14 janvier 1888.)
- Empoisonnement par la cocaïne, par J.-B. Mattison. (*Therap. Gazette*, janvier 1888.)
- Paralysie diphthéritique, par Emmet Holt. (*Soc. clinique de New-York*, in *Bull. m/d.*, 19 février 1888.)
- Deux cas d'hypertrophie du tissu adénoïde de la langue dans le repli glosso-épiglottique (tonsille linguale), par Beverley Robinson. (*N. Y. med. Rec.*, 4 février 1888.)
- Benzoate de soude dans les affections de la gorge, par C. Boislinière. (*St. Louis Courrier of med.*, février 1888.)
- Cas de mort par suffocation dans l'amygdalite phlegmoneuse, par Joe Howell Way. (*N. Y. med. Rec.*, 25 février 1888.)
- Cas d'éruption syphilitique avec chancre de l'amygdale, par H.-G. Reynolds. (*Weekly med. Review*, 17 mars 1888.)
- Méthode de prophylaxie contre la diphthérie, par A. Caillé. (*N. Y. Acad. of Med.*, in *N. Y. med. J.*, 24 mars 1888.)
- Rétrécissement traumatique de l'œsophage chez un enfant traité avec succès par la dilatation et l'œsophagotomie interne, par H.-B. Sands. (*N. Y. surg. Soc.*, in *N. Y. med. J.*, 17 mars 1888.)
- Tumeur maligne de la glande thyroïde, par E.-C. Mason. (*Brooklyn med. Journal*, mars 1888.)
- Le soufre dans la diphthérie comme microbicide, par H.-W. Knaggs. (*Therap. Gaz.*, 16 avril 1888.)
- Épingle logée dans le pharynx, par G. White. (*N. Y. med. Rec.*, 7 avril 1888.)
- Réssection du pharynx et de l'œsophage, par Editorial. (*St. Louis Cour. of Med.*, avril 1888.)
- Traitement de l'amygdalite aiguë chez les enfants, par Fr. Hamilton Potter. (*Buffalo med and surg. Journ.*, mai 1888.)
- Dangers de l'hémorragie après l'amygdalotomie, par L. Blair. (*Albany med. Ann.*, n° 2, février 1888.)
- Hémorragie alarmante après l'excision des amygdales, par Fuller. (*Amer. J. of med. Sc.*, n° 4, avril 1888.)
- Excision des amygdales hypertrophiées, par Peyre Porcher. (*J. of Amer. med. Assoc.*, 3 mars 1888.)
- Prophylaxie de la diphthérie, par H. Baker. (*J. of Amer. med. Ass.*, 14 avril 1888.)
- Dilatation graduée des rétrécissements de l'œsophage, par T.-P. Davis. (39<sup>e</sup> Congrès de l'Assoc. méd. amér. Cincinnati, mai 1888.)
- Observations cliniques sur la diphthérie et son traitement par le veratrum viride, par J.-M. Boyd. (*N. Y. med. Record*, 9 juin 1888.)
- Sarcome de la langue guéri par l'opération, par G.-D. Bleything. (*N. Y. med. Journ.*, 23 juin 1888.)
- Epithélioma de l'œsophage, par E. Hodenpylô. (*N. Y. path. Soc.*, 28 mars 1888, in *N. Y. med. Rec.*, 30 juin 1888.)

Ligature d'une amygdale pour une hémorrhagie, par E. Wight Clarke. (*N. Y. med. J.*, 7 juillet 1888.)

Thérapeutique de la diphthérie, par A. Jacobi. (*Phil. county med. Soc.*, séance du 23 mai, in *N. Y. med. J.*, 30 juin 1888.)

Oesophagotomie pour l'extraction d'une brosse à dents, par L.-A. Stimson. (*N. Y. Chir. Soc.*, in *N. Y. Med. J.*, 30 juin 1888.)

## NOUVELLES.

**Association laryngologique américaine (session de Washington),  
18, 19 et 20 septembre 1888.**

Par RUFUS LINCOLN (New-York). — Dix années de laryngologie.

Par CHAS-KNIGHT (New-York). — Occlusion osseuse congénitale des fosses nasales postérieures.

Par FRANKLIN-HOOPER (Boston). — Les effets des divers moyens de stimulation sur l'action du nerf récurrent.

Par FLETCHER INGALS (Chicago). — Enchondrome laryngé sous-glottique.

Par THOMAS FRENCH (Brooklyn). — Étude photographique de l'image du larynx pendant la formation des registres et la production des variations de la voix chantée.

Par JOHNSTON (Baltimore). — Lupus du nez, du pharynx et du larynx.

Par LEFFERTS (New-York). — Ulcération linguale imaginaire.

Par EDGARD HOLDEN (New-York). — Un moyen de substitution possible pour la trachéotomie et le tubage dans certains cas.

Par CLARENCE RICE (New-York). — Chirurgie antiseptique nasale.

Par ALEXANDRE MACCOY (Philadelphie). — Un cas de sarcome de l'amygdale.

Par FRANK DONALSON (Baltimore). — Un cas de sténose chronique sous-glottique du larynx guérie par la dilatation.

Par JOHN ROE (Rochester). — Oesophagotomie interne.

Par HARTMAN (Baltimore). — Traitement de la rhinite atrophique par les courants galvaniques.

Par JARVIS (New-York). — Notes sur un cas de caries nasales, compliqué de méningite, traité avec succès au moyen de la trépanation.

Par HARRISON ALLEN (Philadelphie). — Anatomie des méats du nez.

Par DONALSON (Baltimore). — Sur la fixation d'une ou deux cordes vocales dans la position phonatrice.

Par CLINTON WAGNER (Newark). — Séjour à de certaines altitudes comme moyens de traitement pour la phthisie laryngée.

Par BRYSON DELAVAN (New-York). — Recherches sur l'existence d'un centre moteur cortical pour le larynx humain.

Des D<sup>r</sup> M. J. ASH, J. SOLIS-COHEN, J. N. MACKENZIE, BEVERLEY ROBINSON, GOUGUENHEIM (de Paris), et E. J. MOURE (de Bordeaux) ont également promis des communications.

Les élèves et amis du professeur Schwartz, de Halle, se proposent de célébrer son jubilé professoral, le 11 décembre. Le comité d'organisation est composé de MM. Burkner, Julius Boecke, Delstanche, Guye, Gruber, Kessel, Hessler, Krestchmann, Lucæ, W. Meyer, Urban Pritchard, Reinhard, Rohrer, Ruhlemann, von Tröltsch, Wagenhauser et Zaufal. Prix de la cotisation : 40 marks.

VIN DE CHASSAING. Pepsine et diastase. Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864, contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM granulé de Fallières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuiller mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALLIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate assimilable. Une cuillerée contient 50 centigr. de phosphate.

LIQUEUR D. GAUDIER à base de boldo. Spécifique exceptionnellement énergique dans l'anémie invétérée, l'épuisement prématuré et les affections de la moelle; actif, goût très agréable, ne contenant aucune substance nuisible.

SIROP ET GRANULES CROSNIER (Monosulfure de sodium inaltérable). Rapport favorable de l'Académie de médecine, août 1877: Phthisie, bronchites, catarrhes, laryngites; maladies de la peau.

#### OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES.

Lupus du larynx, par J. B. MARTY. (*Thèse de doctorat*, chez Steinheil, 1888.)

Contribution à l'anatomie normale et pathologique des cordes vocales, tumeurs kystiques et appareil glandulaire, par G. DESVERVINE. (Havane, imprimerie de Soler et Alvarez, 1888.)

Maladies de l'oreille et du rhino-pharynx—étude analytique et critique, par A. FOUCHER. (Extr. de l'*Union médicale du Canada*.)

Extirpation d'un gros polype muqueux de la base du crâne avec l'anse métallique, par V. NICOLAI. (Milan, imprimerie Valardi, 1888.)

Bulletin et mémoires de la Société française d'otologie et de laryngologie, tome V, fascicule 2. (Delahaye et Lecrosnier, Paris, 1888.)

Obstruction des fosses nasales consécutive à l'hypertrophie de la lame quadrangulaire de la cloison, par Mior. (Chez Doin, Paris, 1888.)

Trois cas très rares de tumeurs sous-glottiques et trachéales, extirpées par la voie laryngoscopique, par V. GRAZZI: (Extr. du *Raccoglitore medico*., série 5, vol. IV, 1888.)

Perception latéralisée du diapason vertex et conditions fonctionnelles de l'hyperexcitabilité électrique du nerf acoustique, par G. GRADENIGO. (Extr. de la *Rivista veneta di sc. m.*, 1888.)

Contribution à la nature parasitaire du coryza aigu, par F. CARDONE. (Extr. des *Archives ital. de laryngol.*, 1888.)

Hay fever Association pour 1888. (Chez Robert Lynch, Philadelphie, 1888.)

Maladies du larynx à l'usage des praticiens et des étudiants, par J. GOTTSTEIN, traduction française de ROUGIER, avec 38 figures. Prix : 7 fr. (Asselin et Houzeau, Paris, pl. de l'Ecole-de-Médecine.)

Le Gérant : G. MASSON.

